Hommage de l'auteur et
en souvenir de Font-Rom
23 Janvier 1922

Considérations Cliniques et Radiographiques

SUR LE

MAL DE POTT LOMBAIRE DE L'ADULTE

(120 OBSERVATIONS)

CONSIDÉRATIONS

CLINIQUES ET RADIOGRAPHIQUES

SUR LE

MAL DE POTT LOMBAIRE

DE L'ADULTE

(120 OBSERVATIONS)

PAR

Le Docteur F. CAPPELLE

De la Faculté de Médecine de Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

A MA FEMME

A MON FILS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

À MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

Qui nous fait le très grand honneur de présider cette thèse. Hommage de notre respectueuse considération.

A MON MAITRE

M. le Docteur J. ANDRIEU

CHIRURGIEN ASSISTANT DE L'HOPITAL MARITIME DE BERCK
MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL TEMPORAIRE 43 DE BERCK
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui fut notre guide éclairé dans l'étude des tuberculoses osseuses et auquel nous vouons une affectueuse et profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE LILLE :

M. LE PROFESSEUR DURET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL STE-EUGÉNIE

M. LE PROFESSEUR DERVILLE (*in mémoriam*)

DE PARIS :

M. LE DOCTEUR BRAULT

Ext. 1911-12 M. LE PROFESSEUR LETULLE

1912, M. LE DOCTEUR RIEFFEL

1918-19, M. LE DOCTEUR MARCEL GARNIER

1919-20, M. LE DOCTEUR MOUCHET

DE BERCK-PLAGE :

M. LE DOCTEUR SORREL
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL MARITIME

M. LE DOCTEUR TRIDON
CHIRURGIEN ASSISTANT
MÉDECIN DES ENFANTS ASSISTÉS (HOP. BOUVILLE)

A M. LE DOCTEUR J. FOUCHOU (DE BERCK)

Qui nous a apporté un précieux concours dans l'établissement des dessins et radiographies de cette thèse.

Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Introduction

Durant notre séjour à l'Hôpital Maritime de Berck-Plage, nous avons eu l'honneur et l'avantage de remplir auprès de M. le Docteur Andrieu, Chirurgien assistant, les fonctions d'interne. L'amabilité de cet excellent Maître nous a valu le profit appréciable d'être également son assistant à l'hôpital temporaire n° 43, dont il est le Médecin-Chef, et où sont soignés environ 200 militaires atteints de tuberculoses osseuses et ganglionnaires contractées aux armées et depuis l'armistice.

Avant la guerre, en aucune formation hospitalière de Paris, de Berck ou d'ailleurs, autant d'adultes de cette spécialité n'ont été réunis et particulièrement, les maux de Pott, dont nous avons, en cette station maritime, environ 60 cas, en y comprenant les militaires soignés à l'hôpital auxiliaire n° 109 (U. F. F.) où M. le Docteur Cayre, médecin-chef, a bien voulu nous réserver un aimable accueil.

Ces circonstances, qui n'ont pas existé jusqu'ici, nous ont conduit à étudier le mal de Pott lombaire de l'adulte, non pas à la façon d'un exposé général, mais à l'occasion de chacun des caractères que son étude clinique comporte vis-à-vis des autres localisations du mal de Pott.

Nous ferons précéder cette étude d'un tableau exposant l'ensemble des 63 observations que nous avons

pu recueillir dans les hôpitaux 43, 109 et Bouville de Berck. Grâce aux soins empressés du docteur Coïc, Médecin-Chef de l'hôpital temporaire n° 65 d'Ilbarritz-Bidart, qui s'est obligeamment mis à notre disposition pour nous fournir les siennes, nous pourrons faire état, au cours de l'exposition de notre sujet, d'un total de 118 observations.

M. le Docteur E. Sorrel, chirurgien en chef de l'Hôpital Maritime de Berck, nous a réservé le plus large accueil en nous agréant aux fonctions d'interne dans son hôpital. Nous l'en remercions très vivement et garderons le meilleur souvenir du temps passé près de lui.

Nous adressons à M. le Docteur P. Tridon, chirurgien-assistant de l'hôpital maritime, nos vifs remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a permis de puiser, parmi ses malades de l'hôpital Bouville, les quatre observations que nous avons jointes à celles de nos militaires.

Que M. le Docteur M. Mozer, chef du laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital Maritime, veuille bien trouver ici l'expression de notre affectueuse reconnaissance. Il a été notre guide complaisant dans la recherche des signes nerveux du Mal de Pott lombaire de l'adulte et, aux souvenirs professionnels que nous garderons de sa compétence clinique, s'ajoutera celui d'une réelle sympathie.

Nous prions MM. les Docteurs Cayre et Coïc de recevoir l'expression de notre gratitude.

TABLEAU EXPOSANT NOS OBSERVATIONS RECUEILLIES A BERCK.

N°	Hôp.	FORME de début	MOMENT du diagnostic	APPARITION de l'abcès	FISTULISATION	SIÈGE de l'abcès	PLEURÉSIE antérieure
1	43	Abcès.	8e mois.	1er mois.	Oui.	F. i. droite	0
2	43	Douleurs	19e mois.	23e mois.	Non.	Rég. lomb,	0
3	43	Abcès.	8e mois.	1er mois	Non.	F. i d.	Pl ponct.
4	43	Douleurs.	10e mois.	1.e mois.	Oui.	Rég. lomb.	0
5	43	Douleurs.	6e mois	4e mois.	Oui.	Rég. lomb.	0
6	43	Douleurs.	27e mois.	0	0	0	0
7	43	Douleurs.	4e mois.	8e mois.	Oui.	Rég. lomb.	Pl. ponct.
8	Bouv.	Douleurs.	20e mois.	6e mois.	Non.	F. i. d.	0
9	43	Douleurs.	6e mois.	6e mois.	Oui.	F. i. d. et g.	0
10	43	Douleurs.	45e mois.	42e mois.	Non	F. i. d. et g.	0
11	43	Abcès.	4e mois.	1er mois	Oui.	F. i. d.	0
12	Bouv.	Douleurs.	3e mois.	0	0	0	0
13	43	Douleurs.	3e mois.	2e mois.	Oui.	F. i.	0
14	43	Douleurs.	19e mois.	20e mois.	Oui.	F. i.	0
15	43	Douleurs.	28e mois.	0	0	0	0
16	43	Douleurs.	8e mois.	3e mois.	Oui.	Rég. lomb.	0
17	43	Douleurs	42e mois.	19e mois.	Non	F. i.	0
18	43	Abcés.	20e mois.	1er mois.	Oui.	F. i,	0
19	43	Douleurs.	3e mois.	0	0	0	0
20	43	Mixte.	1er mois.	1er mois.	Non.	F. i.	0
21	43	Douleurs.	24e mois	16e mois.	Oui.	F. i.	0
22	43	Douleurs	27e mois.	16e mois.	Oui.	Rég. lomb.	0
23	43	Douleurs.	3e mois.	0	0	0	Pl. Oponct.
24	Bouv.	Douleurs.	12e mois.	0	0	0	0
25	43	Douleurs.	17e mois	17e mois.	Oui.	F. i.	0
26	43	Douleurs	10e mois.	33e mois.	Oui.	Rég lomb.	0
27	43	Douleurs.	10e mois.	7e mois.	Oui.	F. i.	0
28	43	Douleurs.	7e mo s.	2e mois	Non.	Rég. lomb.	0
29	43	Douleurs.	9e mois.	7e mois.	Oui	Rég. lomb.	0
30	43	Mixte.	7e mois.	1er mois.	Oui.	Rég lomb.	0
31	43	Douleurs.	24e mois.	46e mois.	Oui.	F. i	0
32	43	Douleurs.	13e mois.	26e mois.	Non.	Rég. lomb.	0

TABLEAU EXPOSANT NOS OBSERVATIONS RECUEILLIES A BERCK (*Suite*).

N°	Hôp.	FORME de début	MOMENT du diagnostic	APPARITION de l'abcès	PISTULISA-TION	SIÈGE de l'abcès	PLEURÉSIE antérieure
33	43	Abcès.	17e mois.	1er mois.	Oui.	F. i.	Pl. ponct.
34	43	Douleurs.	6e mois	3e mois.	Oui.	F. i.	0
35	43	Douleurs.	4e mois.	0	0	0	Pl. sèche.
36	Bouv.	Douleurs.	5e année.	5 ans, 3 mois.	Non.	F. i.	0
37	43	Douleurs.	8e mois.	6e mois.	Oui.	F. i.	0
38	43	Douleurs.	54e mois.	22e mois.	Oui.	F. i. et rég. l.	Pl. sèche.
39	43	Douleurs.	e mois.	0	0	0	0
40	43	Douleurs.	11e mois.	2e mois.	Oui.	F. i.	0
41	43	Douleurs.	36e mois.	36e mois.	Non.	F. i.	Pl. ponc.
42	43	Douleurs.	6e mois.	5e mois.	Oui.	F. i.	0
43	43	Douleurs.	7e mois.	0	0	0	0
44	43	Douleurs.	40e mois	29e mois.	Oui.	Rég. lomb.	0
45	43	Douleurs.	43e mois.	42e mois.	Non.	F. i.	0
46	43	Douleurs.	9e mois.	14e mois.	Oui.	F. i. et r. l.	0
47	109	Douleurs.	5e mois.	4e mois.	Oui.	F. i.	0
48	109	Douleurs.	32e mois.	26e mois.	Oui.	F. i. et r. l.	Pl. sèche.
48 bis	109	Douleurs.	31e mois.	26e mois.	Oui.	F. i.	0
49	109	Douleurs.	23e mois.	21e mois.	Non.	F. i. et r. l.	Pl. ponct.
50	109	Dsuleurs.	15e mois.	13e mois.	Oui.	F. i.	0
51	109	Douleurs.	16e mois.	16e mois	Oui.	F. i.	0
52	109	Douleurs.	32e mois.	32e mois.	Non.	F. i.	0
53	109	Douleurs.	7 mois.	0	0	0	Pleurite.
54	109	Douleurs.	8e mois.	5e mois.	Oui.	Rég. lomb.	0
55	109	Abcès.	12e mois.	1er mois.	Oui.	F. i. et r. l.	0
56	109	Abcès.	2e mois.	1er mois.	Oui.	F. i.	0
57	109	Douleurs,	24e mois.	32e mois.	Non.	F. i.	Pl sèche.
58	109	Douleurs.	30e mois	30e mois.	Oui.	F i.	Pl. sèche.
59	109	Douleurs.	8e mois.	4e mois.	Non.	Rég. lomb.	0
60	109	Douleurs.	16e mois.	0	0	0	0
61	109	Douleurs.	18e mois.	0	0	0	0
62	Ville	Douleurs.	11e mois.	6e mois.	Oui.	F. i. dr.	Pl. sèche.

Etiologie

Fréquence. — Nous avons noté, parmi les registres de l'hôpital 43, le passage de 476 malades entrés pour tuberculoses osseuses et ganglionnaires, de mai 1919 à novembre 1920. Les diagnostics de sortie se répartissent ainsi :

131 adénites.
53 ostéites.
60 coxalgies.
36 ostéo-arthrites du genou.
36 ostéo-arthrites diverses.
103 maux de Pott dont 82 lombaires, dorso-lombaires et lombo-sacrés.
35 orchi-épididymites.
11 divers.

L'hôpital temporaire n° 35 (1) installé au sanatorium de Zuydcoote (Nord), vit entrer durant l'année 1919, 650 malades atteints de tuberculoses osseuses et ganglionnaires ; sur ce nombre : 140 maux de Pott se répartissant ainsi :

(1) Nous devons à l'amabilité de M. le Médecin-Major Courboules, Médecin-Chef de cet hôpital, les données de cette statistique.

7 cervicaux.
18 dorso-supérieurs et moyens.
115 dorso-lombaires, lombaires et lombo-sacrés.

Sur 205 malades que contenait l'hôpital temporaire n° 65 d'Ilbarritz-Bidart, en octobre 1920, 55 d'entre eux étaient atteints de Mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire à prédominance lombaire.

En face de ces statistiques, concernant des adultes, nous pouvons placer celle donnée par M. le Dr Menard dans son « Etude pratique du Mal de Pott » et ayant trait aux 184 enfants pottiques présents à l'Hôpital Maritime de Berck au mois de janvier 1900 :

10 sous-occipitaux et cervicaux.
63 dorso-supérieurs et moyens.
55 dorso-lombaires.
42 lombaires et lombo-sacrés.

Il résulte de ces statistiques que les Maux de Pott dorso-lombaires, lombaires et lombo-sacrés forment :

Parmi les militaires de Berck : 79 %.
Parmi les militaires de Zuydcoote : 82 %.
Parmi les militaires d'Ilbarritz : 81 %.
Parmi les enfants de l'Hôpital Maritime : 52 %.
de la totalité des Maux de Pott.

La colonne lombaire de l'adulte est plus fréquemment que chez l'enfant le siège de l'ostéo-arthrite vertébrale. En second lieu, elle est chez l'adulte le siège principal du Mal de Pott.

L'étiologie du Mal de Pott lombaire de l'adulte re-

vêt un caractère plus intéressant quand on l'envisage par rapport à l'*atteinte pleurale* que 27 fois sur nos 118 observations nous avons notée parmi les antécédents de nos malades.

Quatorze fois, il s'est agi de pleurésie ponctionnée, treize fois de pleurésie sèche ou pleurite. Il nous a paru évident que seules les premières ont une valeur positive dans l'étude étiologique du Mal de Pott. En effet, le diagnostic de pleurésie sèche que nous avons rencontré plusieurs fois sur les lèvres de nos malades, n'est pas suffisamment établi de la sorte ; pour y ajouter foi, une observation clinique détaillée serait nécessaire, et ne faut-il pas penser, en outre, que les troubles causés par les névralgies lombaires ou même par un simple lumbago ont pu faire naître ce diagnostic exagéré.

Quant au moment de l'apparition de 6 de ces pleurésies ponctionnées, il fut une fois concomittant avec le début clinique du Mal de Pott (obs. 41) ; il le précèda de 15 (obs. 23), 17 (obs. 49), 23 (obs. 3), 38 mois (obs. 33), et de 7 ans (obs. 7). Il est naturellement difficile, pour ce dernier cas, de faire valoir la théorie de l'extériorisation, à des moments différents, des localisations diverses d'une même décharge bacillaire. Mais, par contre, on ne peut pas ne pas être frappé par la fréquence relative de cette signature pleurale d'une infection qui, plus tard, et souvent après bien des hésitations, se révèlera comme s'étant localisée en même temps en un point de la colonne lombaire. Autant l'extériorisation est prompte au niveau de la plèvre, autant elle est lente, voilée quand elle a pour origine un corps verté-

bral, lequel laisse ignorée pendant longtemps la culture tuberculeuse qu'il renferme.

Le *traumatisme* mérite moins d'attention dans l'étiologie du Mal de Pott lombaire de l'adulte. Certes, il est assez fréquent d'entendre invoquer telle chute ou tel trauma pour expliquer la production des douleurs ou de l'abcès lombaire, mais cette imputation nous fut donnée beaucoup moins souvent qu'elle ne l'est d'habitude pour les enfants chez lesquels les parents trouvent toujours une origine traumatique. Par ailleurs, il y a lieu de se méfier, chez les militaires, des renseignements de ce genre, le désir d'obtenir la pension la plus avantageuse pouvant les conduire à altérer ou grossir la vérité.

Notons cependant les observations :

N° 9. — Où les douleurs lombaires apparaissent et persistent à la suite de coups de crosse reçus en représailles.

N° 12. — Qui concerne un jeune malade (18 ans) de l'hôpital Bouville, lequel commença à souffrir de la région lombaire le 20 juillet 1919 à la suite des efforts que lui avaient causés les danses ininterrompues des fêtes de la Victoire.

N° 24-29-47 et 50. — Où nous avons noté des traumatismes nettement établis tels que : éboulement de carrière, chute de cheval, chute sur le dos.

Nous avons recherché l'âge de nos 63 malades atteints de Mal de Pott lombaire et avons trouvé parmi eux 44 sujets âgés de 20 à 30 ans, 19 âgés de plus de 30 ans.

Anatomie Pathologique

Nous avons eu l'avantage de pouvoir réunir, à l'occasion de ce travail, 3 pièces d'autopsie, qui nous serviront de base à l'exposé du chapitre de l'anatomie pathologique. Elles sont remarquables par l'opposition absolue que fait naître, au point de vue de la gibbosité, un Mal de Pott dorsal inférieur comparé à un Mal de Pott lombaire.

OBSERVATION N° 46

S..., 1er zouaves, classe 1902.

Douleurs lombaires en juillet 1917. Le M. de Pott est reconnu en mars 1918. Appareil plâtré. Immobilisation pendant 10 mois au Sanatorium de Palavas. Abcès fistulisé de la région lombaire en septembre 1918. Fermeture en mars 1919, par expression quotidienne aseptique et lavages à l'éther iodoformé.

Entré en août 1919 à l'hôpital 43, Berck-Plage, porteur d'un appareil plâtré pour M. de Pott lomb. avec abcès ayant été fistuleux, cicatrisé de la région lombaire et un abcès, ponctionnable, de la fosse iliaque gauche. En avril 1920, l'abcès de la région lombaire est de nouveau en activité : 10 ponctions. L'abcès de la fosse iliaque gauche est ponctionné 24 fois, fistulisation le 20 juin 1920.

Aggravation de l'état général du malade. Fièvre hectique. Décès le 19 août 1920.

Nous avons pu, le 20 août, pratiquer l'autopsie de ce malade et avons fait de la pièce l'étude suivante :

La colonne dorso-lombaire est enlevée par le moyen de 2 incisions parallèles et latérales par rapport à la ligne des apophyses épineuses. La région musculaire franchie, on tombe, au-delà des psoas, dans un vaste clapier purulent qui s'étend depuis la 11e vertèbre dorsale en haut, jusqu'à la dernière vertèbre sacrée en bas, se prolongeant en avant, par les fosses iliaques, jusqu'à l'orifice fistuleux de la paroi antérieure.

Section transversale du corps de la 6e vertèbre dorsale et des 2 ailes iliaques à 2 cent. en dehors des articulations sacro-iliaques.

La pièce osseuse enlevée, on constate un décollement antérieur du rachis s'étendant de la partie inférieure du corps de la 11e vertèbre dorsale jusqu'à la pointe du sacrum.

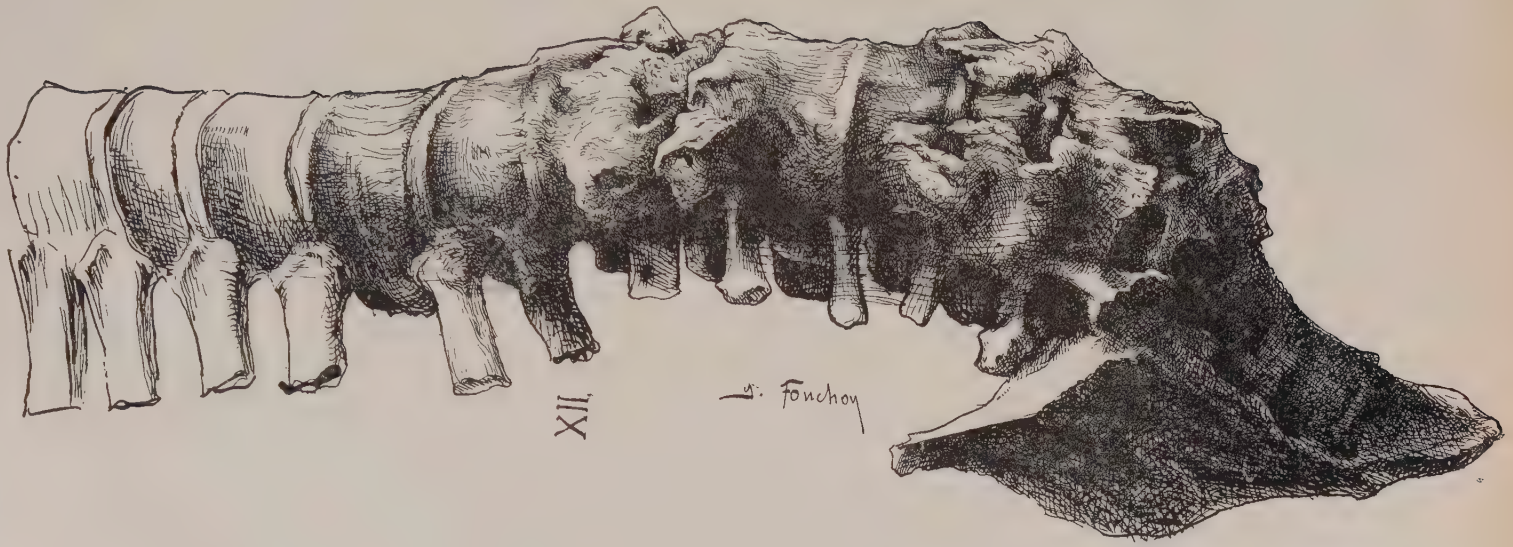
Le périoste étant libéré de toutes parts, on constate que la colonne dorso-lombaire, dans son ensemble, a une direction convexe en avant à peu près conforme à la normale. On est frappé, à la vue, par l'aspect désorganisé et tomenteux des deux nœuds vertébraux formés :

1° En haut, par la 12e vertèbre dorsale et la 1re vertèbre lombaire.

2° En bas, par la 4e et la 5e vertèbres lombaires.

Entre les deux, les corps des 2e et 3e vertèbres lombaires paraissent sains.

1°) On ne devine la présence des corps de la 12e dorsale et de la 1re lombaire qu'à travers les pertuis d'un vaste soulèvement hyperostosique qui recouvre leurs faces antérieure et latérales ; notamment, le corps de la 1re vertèbre lombaire semble raréfié, séquestré derrière cette enveloppe dont les productions surélevées descendent jusqu'en dessous du disque qui sépare la 1re et la 2e lombaire. Par ailleurs, quand on introduit la sonde cannelée à travers deux des orifices nombreux créés par cette hyperostose, on tombe sur deux petits séquestres qui sont libres dans la cavité.



Obs. 46. — Dessin de la pièce d'autopsie vue de trois-quart

En saisissant le rachis au-dessus et au-dessous de ce foyer de destruction, on a l'impression très nette qu'une fracture pathologique s'est produite au niveau du disque qui sépare la 12e vertèbre dorsale de la 1re vertèbre lombaire.

2°) L'hyperostose par ostéomyélite secondaire est plus marquée encore au devant et sur les côtés des corps des 4e et 5e vertèbres lombaires qui sont comme recouverts par un manchon osseux, dur et blanchâtre, criblé de pertuis et de ponts sous lesquels la sonde cannelée découvre un lit de produits caséeux.

3°) A la limite inférieure de ce manchon d'hyperostose, on découvre l'origine très nette du décollement pré-sacré qui lui fait suite et ne s'arrête qu'à la pointe du sacrum.

Extérieurement, le rachis postérieur semble intact et ne pas avoir été atteint par le processus.

Une *coupe verticale et para-médiane* de la colonne dorso-lombaire permet la description des détails suivants :

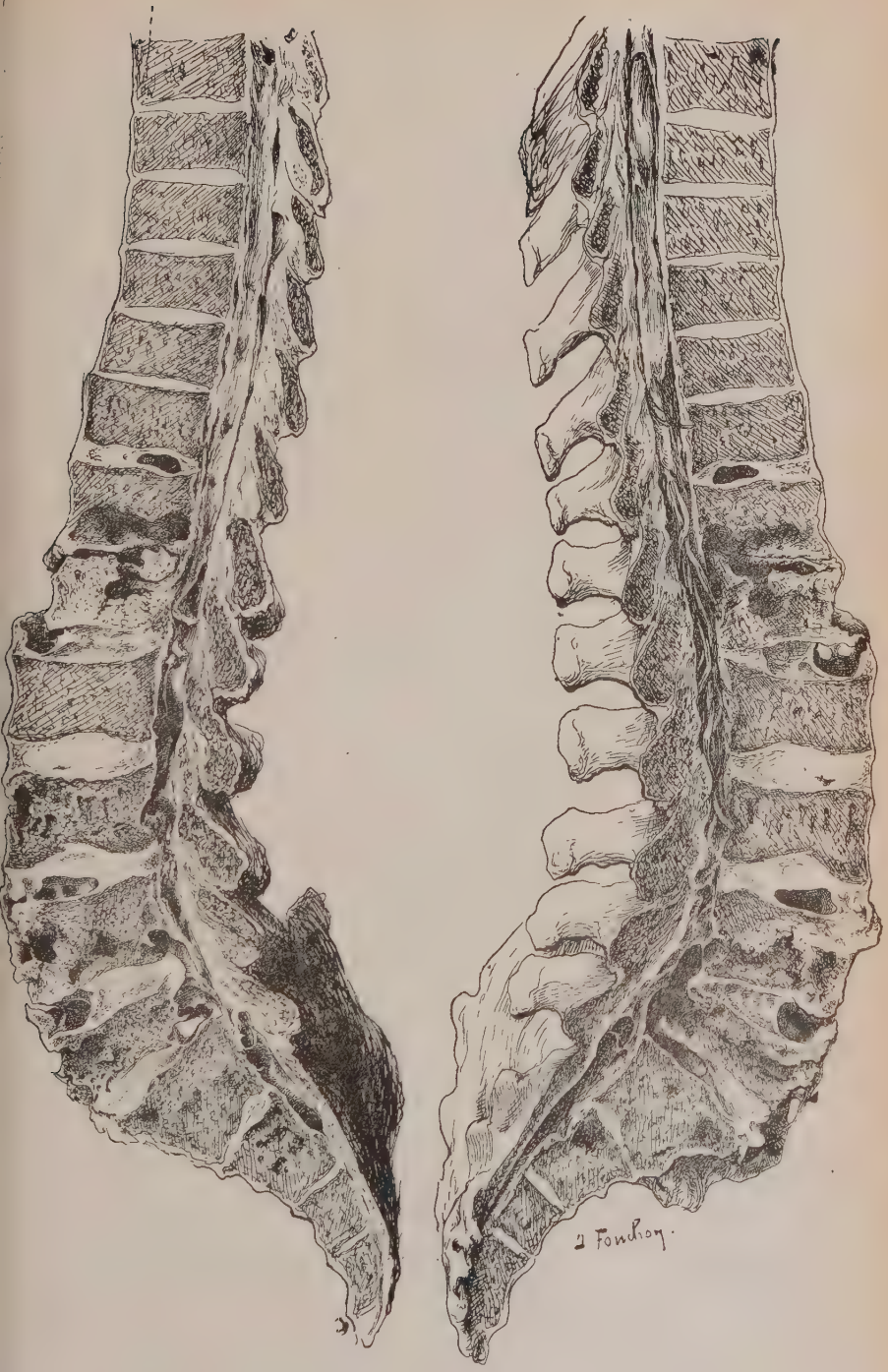
Le profil antérieur des corps vertébraux est net de la 6e vertèbre dorsale à la 11e vertèbre dorsale, du disque 1re lombaire-2e lombaire jusqu'au disque 3e-4e lombaire et enfin à partir du disque 5e lombaire-1re sacrée.

Le disque 11e dorsale-12e dorsale est grisâtre, hyperémié, contrastant avec la blancheur des disques qui le précèdent dans le rachis. Il est creusé d'une cavité lenticulaire : une sonde recourbée, introduite dans cette cavité, se dirige nettement en arrière.

Le disque 11e dorsale-1re lombaire est remplacé entièrement par un espace rempli de produits tuberculeux parmi lesquels on trouve des débris cartilagineux libres. Cet espace communique en arrière avec le décollement postérieur dont il sera question plus loin.

Au-dessus et au-dessous de ce disque totalement altéré, les corps vertébraux de la 12e dorsale et de la 1re lombaire sont tassés, leur coupe n'a pas la teinte uniforme des ver-

PLANCHE II



Obs. 46. — Vue des deux segments de la coupe para médiane

tèbres saines, mais on observe des zônes jaunâtres, anémiées à côté de zônes rouge brunâtres, avoisinant le disque. Ces dernières se laissent déprimer, et on découvre à leur niveau, après lavage sous un fort jet d'eau, des cavités.

Le disque 1re lombaire, 2e lombaire est grisâtre dans ses 2/3 postérieurs ; il est remplacé dans son tiers antérieur par un conduit communiquant avec l'ulcération de la face antérieure de la 1re vertèbre lombaire. Une sonde recourbée, introduite dans ce conduit, nous mène à droite vers un petit séquestre, à gauche sous les élevures du manchon d'hyperostose.

Les corps des 2e et 3e vertèbres lombaires, ainsi que le disque qui les sépare sont sains d'aspect, sauf en un point limité, situé au niveau du coin antéro-supérieur du corps de la 3e lombaire et où le tissu osseux est rougeâtre, ramolli.

Le disque qui sépare la 3e de la 4e vertèbre lombaire a conservé son aspect blanchâtre mais il contient vers le corps de la 4e vertèbre lombaire une cavité communiquant également avec le manchon d'hyperostose.

Le corps de la 4e vertèbre lombaire est rougeâtre en son centre. Le fongus enlevé sous l'eau courante, on décèle d'importantes pertes de substance. Son coin antéro-inférieur n'est autre chose qu'un séquestre blanc, avasculaire, éburné mais non encore détaché du reste de la vertèbre.

Le disque qui sépare la 4e de la 5e vertèbre lombaire est remplacé dans sa moitié antérieure par une cavité remplie de produits tuberculeux ; la moitié postérieure est faite de cartilage grisâtre.

Le corps de la 5e vertèbre lombaire, très rétréci de haut en bas, est érodé sur sa face antérieure. Il renferme une cavité profonde, anfractueuse, tandis que sa face postérieure, notablement érodée, forme la limite antérieure d'une vaste cavité s'étendant depuis le coin postéro-inférieur de la 4e vertèbre lombaire jusqu'à la partie moyenne du disque

5e lombaire-1re sacrée, en hauteur, et, en arrière, jusqu'au devant du canal médullaire. C'est là l'origine du décollement postérieur qui relie le foyer 12e dorsale-1re lombaire à celui formé par les 4e et 5e lombaires, créant ainsi, dans l'ensemble, un *Mal de Pott unique à double foyer de destruction.*

On retrouve, en effet, au devant du canal médullaire, les traces d'un cheminement fongueux qui conduit jusqu'en arrière des corps de la 12e vertèbre dorsale et de la 1re vertèbre lombaire.

A noter encore :

1°) L'atteinte du corps de la 1re vertèbre sacrée creusé de 3 petites cavités remplies de fongus rouge brunâtre.

2°) Que les cavités creusées dans les corps des 4e et 5e lombaires communiquent nettement avec les anfractuosités situées sous l'hyperostose.

3°) Que, par endroits, entre les deux foyers, les méninges sont épaissies portant des traces de pachyméningite.

OBSERVATION N° 63

X....

Agé de 18 ans, entre au sanatorium de l'Oise (Berck), en 1902, porteur d'une volumineuse gibbosité de la région dorsale inférieure et d'un abcès ouvert et infecté des fosses iliaques.

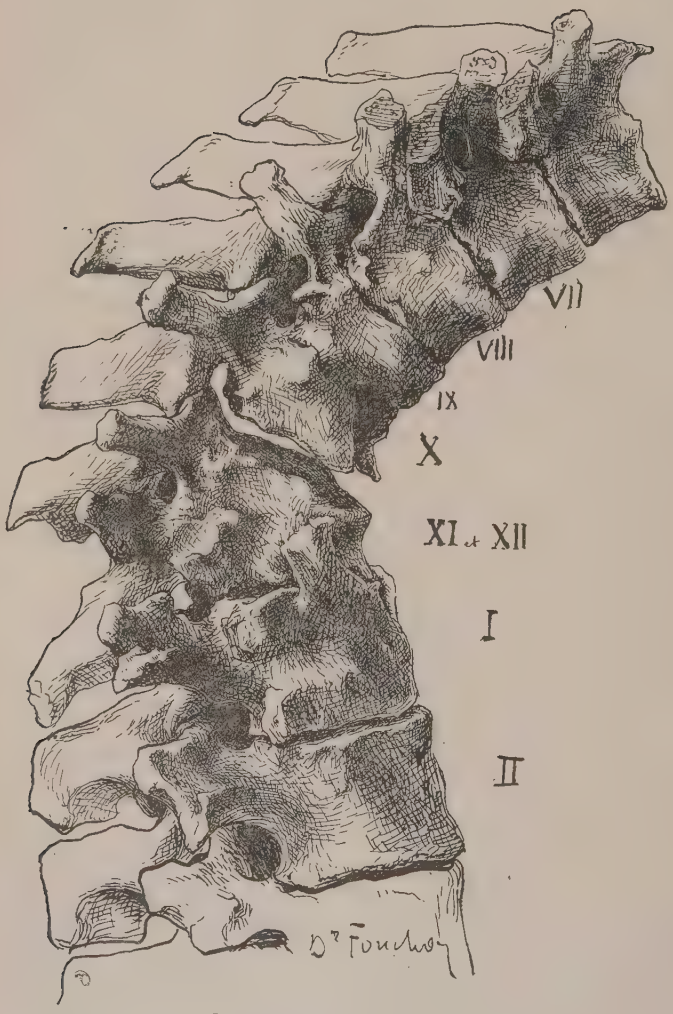
Cachexie, mort peu après son arrivée à Berck (1).

Etude de la pièce sèche (pl. III) :

Colonne dorso-lombaire dont les segments forment un angle rentrant de 110 à 120 degrés. Le sommet de l'angle est occupé par la partie postérieure du disque 10e dorsale-11e dorsale que l'on découvre, élargi, béant, séparant deux blocs formés chacun des deux vertèbres voisines soudées par le processus de réparation.

(1) Nous devons à l'amabilité de M. le Dr Fouchou d'avoir eu à notre disposition la pièce sèche provenant de ce malade.

PLANCHE III



Obs. 63. — Vue de profil
de la pièce sèche

On est frappé par la conservation du disque 10e dorsale-11e dorsale et par l'inflexion vertébrale très marquée qui s'est faite au niveau des deux blocs osseux. Le corps de la 9e vertèbre dorsale, infléchi de 45 degrés, a provoqué l'effondrement de la vertèbre sous-jacente, qui présente une perte de substance importante à sa partie antérieure. Le bloc formé par les 11e et 12e vertèbres dorsales est plus tassé encore : le corps de la 12e vertèbre dorsale est réduit à un coin dont le volume est le cinquième de celui primitif de la vertèbre, coin triangulaire à base postérieure.

Quand on regarde la pièce de face, on est frappé par la conservation du disque 12e dorsale-1re lombaire, plutôt élargi et maintenu tel par deux ponts latéraux d'hyperostose secondaire. Entre eux, et dans l'intervalle créé par le disque, on voit l'extrémité inférieure d'un séquestre libre sous le stylet et dont l'extrémité supérieure est pareillement visible à travers le disque 10e dorsale-11e dorsale. Du volume d'une petite noix, il est encerclé par la masse osseuse résultant de la soudure des deux vertèbres.

On doit noter encore la présence de petites cavernes de la périphérie de la 8e vertèbre dorsale et de la 1re vertèbre lombaire, cavités situées sous le décollement antérieur qui a dû exister.

La conclusion qui découle immédiatement de ces descriptions est que le Mal de Pott lombaire de l'adulte peut entraîner d'importantes destructions locales, sans occasionner la moindre déviation de l'ensemble du rachis.

Alors que l'anatomie pathologique du Mal de Pott dorsal est dominée par l'inflexion vertébrale, celle-ci ne se produit pas ou se produit à peine au niveau du rachis lombaire et il faut entendre par celui-ci, non seulement la réunion des cinq vertèbres lombaires, mais aussi la 12e dorsale dont les détails anatomiques font qu'elle constitue une

vertèbre lombaire presque comparable à celles qui lui font suite dans la série somatique. Elle peut être comprise dans un foyer lombaire et s'opposer, tout comme les vertèbres lombaires, par le tassement possible de son arc postérieur sur le suivant, à la production d'une gibbosité. Cela nous est prouvé par la considération du foyer supérieur du Mal de Pott unique à double centre de destruction que présente notre malade S... (obs. 46) ; foyer constitué, cependant, par la 12e vertèbre dorsale et la 1re vertèbre lombaire, et au niveau duquel la direction générale du rachis est restée normale. Au contraire, l'inflexion vertébrale atteint presque 120 degrés sur la pièce provenant du malade X... (obs. 63), parce que le processus a été surtout dorsal et qu'au niveau des 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales, aucun tassement des arcs postérieurs n'a pu compenser l'activité de l'ulcération antérieure.

En dehors de ce caractère qui distingue nettement le M. de Pott lombaire, son étude anatomo-pathologique faite tant sur les pièces que sur les radiographies, permet encore de faire ressortir les détails suivants :

Le foyer *comprend*, en moyenne, deux corps et il est rare de trouver plus de trois vertèbres atteintes par la même culture tuberculeuse.

Le foyer peut *s'étendre* par dénudation des faces, c'est le décollement antérieur ; par propagation au devant du canal médullaire, c'est le décollement postérieur.

Notre pièce (obs. 46) réunit ces deux faits. Le décollement antérieur, qui n'a pas dépassé la 11e vertèbre dorsale en haut a déterminé, en bas, une dénudation quasi totale de la face antérieure du sacrum, occasionnant la production de cavernes dans le corps de la 1re vertèbre sacrée. Le décollement postérieur semble avoir pris naissance au niveau de l'érosion si profonde de la face postérieure du corps de la 5e vertèbre lombaire, pour cheminer ensuite au devant des méninges, épaissies par endroits, et s'arrêter à la hau-

teur de la 12e vertèbre dorsale à la face postérieure de laquelle on trouve les traces très nettes de cette propagation.

Par le *tassement* des arcs postérieurs, il y a diminution de l'espace des trous de conjugaison. Par la compression qui en résulte, les douleurs lombaires, avec ou sans irradiations, du M. de Pott au début, pourraient, dans certains cas, se rapporter à cette origine.

Ménard a attribué à l'infection ostéomyélitique secondaire, l'existence des *hyperostoses* qui tiennent une place si importante sur la pièce de notre observation 46. Elles sont constituées par des travées osseuses anormales, débordant les corps vertébraux et les réunissant par dessus les disques à la façon de ponts jetés de l'un à l'autre.

Il découle de l'examen de cette pièce, que ce tissu osseux d'apport récent, vient lutter à la façon d'un tuteur, contre l'interruption ou l'affaiblissement de la colonne somatique. M. le Dr Menard, dans « Etude pratique du M. de Pott », a donné, à ce processus, le nom d'*ankylose périphérique*.

Quand l'infection secondaire ne vient pas troubler l'évolution normale du M. de Pott lombaire, la réparation du foyer s'établit par l'arrêt du processus tuberculeux et par la formation d'un bloc comprenant les restes des corps vertébraux qui ont été envahis. Plus tard, l'ankylose postérieure vient s'ajouter à cette consolidation.

Nous avons pu, au cours d'une autopsie, découvrir un M. d. Pott lombaire ancien et n'ayant occasionné qu'une minime destruction.

OBSERVATION N° 64

B... Roger, classe 1917, 230e R. A. C.

Appelé en juillet 1915. En 1916, évacué pour pleurésie sèche. Gazé en avril 1918 et évacué sur Montauban. Au cours du traite-

ment, on lui découvre un Mal de Pott lombo-sacré. Evacuation sur Salies-du-Salat, en novembre 1918. Plâtre.

Evacué sur Cap-Breton en juin 1919 où l'on reconnaît la présence d'un abcès de la région sacrée. Ponction le 5 novembre 1919. Abcès de la région sous-clavière droite, dont l'ouverture a donné issue à une esquille.

Arrive le 7 novembre à Berck (hôp. 43) avec un plâtre bivalve. A l'examen : saillie postérieure anormale du sacrum. Fluctuation pâteuse de toute la région lombo-sacrée surtout à gauche. Douleur de toute cette région, décubitus dorsal impossible. Empâtement de la fosse iliaque gauche. On fait le diagnostic de Mal de Pott lombo-sacré.

14 mars 1920 : légère fluctuation au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure droite.

24 avril 1920 : tuméfactions 1° partie supérieure et interne du tibia droit, douleur à la pression, 2° partie moyenne et interne du tibia gauche, sans douleur, 3° région de l'apophyse mastoïde gauche (deux ponctions, disparition).

L'abcès de la jambe droite est ponctionné 6 fois : le pus, examiné par M. le Dr Mozer, décèle, après homogénéisation : Un bacille de Koch après une heure de recherche. Fistulisation le 27 juillet 1920.

L'abcès de la jambe gauche est ponctionné 3 fois, disparition.

5 juillet 1920 : ponction de l'abcès de la région lombo-sacrée se propageant à la fesse. Fistulisation le 30 août. Vers le 20-25 septembre 1920 : apparition d'un abcès de la partie gauche et postérieure de la base du cou. 3 ponctions. Le pus très abondant est examiné par M. le Dr Mozer : nombreux cocci à Gram positif, isolés, en diplocoques, et en grappes. Recherche du bacille de Koch négative.

10 octobre 1920 : abcès de la fosse iliaque droite qu'on ne ponctionne pas. Abcès de la région lombaire droite très volumineux : 2 ponctions, 500 cc. de pus.

Albuminurie, anurie, cachexie profonde. Mort 25 octobre 1920.

Nous avons, le 26 octobre, procédé à l'autopsie de ce malade :

Adhérences pleurales à droite et à gauche. Sommet droit

adhérent, foyer de broncho-pneumonie. Hépatisation des deux bases.

Volumineuse collection purulente de la fosse iliaque droite. L'abcès de la nuque, aux parois épaissies, ne contient pas beaucoup de pus.

La colonne vertébrale est enlevée dans sa totalité et montre :

1°) Un mal de Pott très ancien des 6e et 7e vertèbres dorsales, dont les corps forment un bloc très dur, cunéiforme, très régulier à la coupe. Soudure des arcs postérieurs. A ce niveau, déformation légère dans la direction du rachis dorsal. En avant du foyer : abcès en fuseau des parties molles, s'étendant de la 4e vertèbre dorsale à la 9e dorsale, formé par la réunion, en une seule paroi, de la plèvre épaissie et du périoste également hypertrophié. Entre le fuseau et les corps vertébraux qu'il recouvre : 2 ou 3 petits séquestres libres ; deux ponts d'hyperostose jetés entre les corps des 6e et 7e vertèbres dorsales, de chaque côté de la ligne médiane.

2°) Un mal de Pott ancien des 12e vertèbre dorsale et 1re vertèbre lombaire, constitué par :

Aplatissement du disque 12e dorsale-1re lombaire.

Léger tassement des corps des 12e dorsale et 1re lombaire qui forment un coin solide, tronc-conique à base postérieure sans aucune trace actuelle d'évolution.

Voussure appréciable, mais légère au niveau des apophyses épineuses correspondantes.

3°) Un mal de Pott sacré en évolution avec décollement pré-sacré, débutant sous le corps de la 5e vertèbre lombaire. On trouve des petits amas purulents tout le long d'un décollement postérieur qui remonte du sacrum vers la face postérieure des corps des premières vertèbres lombaires.

Examen du pus (Dr Mozer) : Streptocoques et staphylocoques.

A la coupe du sacrum : cavernes dans le corps de la 3e vertèbre sacrée.

Un des points remarquables de cette observation clinique et anatomopathologique est certainement la découverte, sur la pièce d'autopsie, des deux foyers anciens guéris de Mal de Pott.

L'un dorsal moyen, qui semble dater de la première enfance, accompagné d'une déformation minime et d'un abcès en fuseau contenant des résidus.

L'autre, lombaire, moins ancien mais guéri lui aussi.

La famille n'a pu être interrogée quant aux antécédents du malade et il est permis d'émettre l'hypothèse suivante sur l'évolution de son affection : à l'occasion des fatigues de la guerre et sous l'influence d'un amoïndrissement de sa résistance organique (pleurésie sèche, intoxication par les gaz, mal de Pott sacré), le malade a réchauffé un résidu quelconque d'un des foyers dorsal ou lombaire du jeune âge. De ce retour à la virulence, dériveraient alors l'abcès de la nuque, émané directement du foyer dorsal moyen, et par essaimage, les abcès des deux jambes, de la région sous-clavière droite et de la région mastoïdienne gauche.

Symptômes

Chacun des signes qui forment la symptomatologie du Mal de Pott lombaire de l'adulte peut caractériser le *début* de l'affection. C'est ainsi que certains malades commencent par des douleurs, d'autres par un abcès, beaucoup plus rarement par une déformation vertébrale ou par une paraplégie.

Habituellement c'est d'une façon obscure que naissent les *douleurs* lombaires qui, 99 fois sur 118 observations (84 % des cas environ) sont la forme clinique du début du Mal de Pott.

Rapportées 6 fois à un traumatisme, elles surviennent, chez 93 de nos malades, sous la forme de lumbago ou de sciatique et c'est sous ces noms, que, pendant des mois et des mois, l'infirmerie régimentaire les traitera, leur prodiguant frictions, massages, salicylate, pointes de feu, aspirine, etc...

OBSERVATION N° 52

I..., 5e génie, classe 1900.

Vers mars 1916, douleurs lombaires à droite. Traité pour lumbago à perpétuité. Entre hôpital de Tours, en décembre 1917, pour « abaissement du rein droit ». Ceinture abdominale. Pendant son séjour, en février 1918, ostéo-arthrite du poignet droit. Sort de l'hôpital en août 1918, avec un mois de convalescence.

Retourne à son dépôt en septembre 1918 : les douleurs lombaires deviennent plus vives. « Ex. de service 4 jours » renouvelés. Demande, en décembre 18, la visite d'un spécialiste : on découvre, à l'hôpital de Tours, un abcès de la fosse iliaque gauche. Radiographie : M. de Pott des 12e dorsale et 1er lombaire. Ponction.

Envoyé à Cap-Breton le 27 janvier 1919.

Arrive à Berck le 30 juin 1919.

A l'examen : réflexes normaux, pas de troubles de la sensibilité. Le malade est sous plâtre.

Radiographie, septembre 1920 : disparition du disque 12e dorsale-1er lombaire avec lésions marquées de ces deux vertèbres dont les corps sont réunis extérieurement par un volumineux ostéophyte. Fuseau en ovale des parties molles, débordant la ligne des corps, débutant au-dessus de la 10e dorsale, s'arrêtant à la 12e dorsale. — Diminution de hauteur du disque 2e 3e lombaires avec bascule du corps de la 2e sur celui de la 3e. Le bord supérieur de celle-ci est ulcéré.

Les douleurs ont, en général, les caractères de névralgies lombaires causées par la compression des racines nerveuses au niveau des trous de conjugaison et nous avons noté, sur nos 63 observations personnelles :

5 fois leurs irradiations aux membres inférieurs.

4 fois qu'elles se produisirent en ceinture.

Rarement elles surviennent par crises, elles ont plutôt une allure traînante, avec exacerbations à la fatigue, causant une gêne marquée de la flexion du tronc et pouvant disparaître pendant des périodes silencieuses qui durent quelques semaines ou un mois.

OBSERVATION N° 14

D... Roger, classe 1919, 1er génie.

Pas d'antécédents.

En novembre 1918, souffre dans la région lombaire, surtout au

niveau des crêtes iliaques. Ventouses et exemption de service de temps à autre jusqu'en février 19. A cette date : frictions et massages. Continue son métier de tailleur régimentaire, gêné dans les mouvements de redressement du tronc, recevant de ci de là les soins de l'infirmerie.

Envoyé en occupation en mai 1920, malgré des douleurs qui persistaient toujours. Entre à l'hôpital de Trèves le 20 juin 1920 : on diagnostique M. de Pott, plâtre, le 25 juin, ponctionné au début de juillet pour abcès fosse iliaque droite.

Evacué sur l'hôpital de Vaugirard (Paris) : sept ponctions, fistulisation en août 1920.

Evacué sur l'hôpital 43, à Berck-Plage, le 22 septembre 20.

A l'examen : redressement de la colonne lombaire, qui est raide de la 2e à la 5e vertèbre lombaire. De bas en haut la palpation révèle un arrêt au niveau de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire.

Fistule en activité à la partie moyenne du pli inguinal droit. — Fosse iliaque libre (gauche).

Douleurs lombaires avec prolongements sur les crêtes iliaques.

Réflexes normaux, pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie (oct. 20) : disparition du disque 3e lombaire, 4e lombaire. Effondrement de ces deux vertèbres.

La seconde forme de début est, communément, l'abcès de la fosse iliaque qui vient émerger dans le pli de l'aine. Nous avons noté 17 fois sur 118 cas (16 % environ) cette particularité de la révélation du M. de Pott de l'adulte et citons, à cet égard, trois de nos observations les plus typiques.

OBSERVATION N° 33

O... Georges, classe 1915, 18e B. C. P.

Pleurésie droite (2 ponctions : 700 cc.) en mai 1916.

Blessé jambe droite, en 1915, genou et mollet droits en 18.

Faisait en novembre-décembre 1918, janvier 1919, le métier de scieur de long.

Etant en traitement à Caen pour mécanothérapie (blessure) en mars 1919, s'aperçut un jour d'une tuméfaction dans le pli de l'aine droite. Traité pour adénite. Incision le 24 avril, lavage au Dakin.

On le propose pour Berck en juin 1919, avec le diagnostic : « abcès froid de la région iliaque ».

Arrive à l'hôpital 43, à Berck-Plage, le 17 août 1919.

A l'examen :

Colonne lombaire raide dans sa totalité, redressée dans sa courbure, souple au-dessus de la 1re vertèbre lombaire.

Abcès fistuleux de la fosse iliaque droite.

Fosse iliaque gauche libre.

Pas de douleurs.

Réflexes normaux, pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie (juillet 1920) disparition du disque 2e lombaire, 3e lombaire. Ulcération de ces deux vertèbres.

OBSERVATION N° 56

P... René, classe 1918, 503e R. A. S.

Pas d'antécédents.

Se fait porter malade le 29 mars 1920 pour une tuméfaction de l'aine droite. Teinture d'iode. Ex. serv. 2 jours. Envoyé à l'hôpital Dominique Larrey (Versailles), le 30 mars. Hospitalisé le 1er avril. Opéré le 8 avril (tumeur? hernie?)... On trouve un abcès froid.

Evacué sur l'hôpital de Vaugirard le 19 mai 1920, où l'on diagnostique un M. de Pott.

OBSERVATION N° 20

H... Charles, classe 1917, 16e R. C. C.

Pas d'antécédents.

En septembre 1919, s'aperçoit d'une tuméfaction dans le pli de l'aine droite en même temps qu'il ressent des douleurs dans les régions lombaires, droite et gauche.

Evacué le 17 septembre 1919, sur l'hôpital de Beaune où l'on fait le diagnostic de M. de Pott.

Evacué sur Berck-Plage (hôp. 43), le 1er novembre 1919.
A l'examen :
Colonne lombaire enraidie au niveau des 3e, 4e et 5e vertèbres lombaires. Courbure lombaire redressée.
Abcès de la fosse iliaque droite : 9 ponctions.
Pas de douleurs.
Réflexes normaux, pas de troubles de la sensibilité.

A côté de ces deux modes fréquents de début il faut placer deux remarques :

1° Le début par apparition d'une gibbosité est noté une fois parmi les observations recueillies à Ilbarritz-Bidart. Il doit être très rare en général, et ce fait est vraisemblablement dû à ce que la gibbosité est un phénomène tardif, correspondant à une grosse destruction, ce qui n'est pas le cas du Mal de Pott lombaire auquel nous nous intéressons.

2° Il est nécessaire de porter toute son attention sur les raideurs généralisées de la colonne lombaire causées par la contracture ; elles disparaissent par le repos et sont l'occasion d'hésitations qui, trop longtemps prolongées, deviennent préjudiciables au sujet.

Les *douleurs* sont moins un signe de *l'évolution* du M. de Pott que de son début. Nous ne les avons pas notées au cours de la période d'état de cette affection, parmi nos malades couchés ou plâtrés tandis qu'elles persistent chez les malades non traités. L'immobilisation du rachis les fait disparaître et elles ne reviendront au premier plan que lorsque le malade reprendra ses occupations, s'il y est rendu trop tôt ou insuffisamment maintenu par son corset.

L'*abcès* est le symptôme le plus notable de la période d'évolution du M. de Pott lombaire de l'adulte. Il peut néanmoins faire défaut, et c'est le cas de 17 observations sur les 118 que nous avons réunies tant à Berck qu'à Ilbarritz.

D'une manière générale, l'abcès se produit dans la loge des psoas et vient affleurer au-dessus du pli de l'aine où il est senti.

Il peut occasionner une contracture en flexion du membre inférieur immobilisant ce dernier et donnant à la hanche une raideur qui a souvent fait faire indûment le diagnostic de coxalgie. L'abcès du psoas peut, exceptionnellement, produire des compressions à distance, sous forme de douleurs irradiées dans le membre inférieur. Sur les 63 cas dont nous avons recueilli les observations, 37 présentaient ce siège de l'abcès

Pour être moins fréquent que celui des fosses iliaques, l'abcès de la région lombaire existe néanmoins et parmi nos 63 observations nous notons sa présence :

14 fois isolément.

5 fois en coïncidence avec un abcès de l'une ou l'autre des fosses iliaques.

Il nous faut remarquer, à cet égard, que ce prolongement postérieur du foyer tuberculeux est plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant pour lequel l'abcès lombaire est presque une rareté.

Enfin, sur les 51 maux de Pott avec abcès de nos observations personnelles, 36 sont devenus fistuleux, 15 sont restés fermes.

L'abcès de la région lombaire, décollant les espaces

musculaires, peut descendre à la fesse, et, contournant la partie supérieure de la cuisse, venir apparaître à la région tronchantérienne.

Il ne faut pas confondre cette localisation avec celle, identique, des abcès du psoas qui descendent jusqu'au niveau du petit trochanter, et, contournant le fémur en arrière, viennent se manifester à la même région.

Ainsi que le démontrent nos observations et l'étude anatomo-pathologique des colonnes lombaires de nos malades (obs. 46, 63 et 64) (1) la *gibbosité* n'est pas le fait du Mal de Pott lombaire de l'adulte. Tout au plus, peut-on déceler, au cours de la seconde année de son évolution, soit — et c'est le cas du Mal de Pott des premières vertèbres lombaires — un très léger *redressement* de la ligne épineuse qui, au lieu du cintre normal, concave en arrière, se présente aux doigts sous la forme d'une voussure arrondie, à peine convexe, soit — et c'est le cas du M. de Pott lombo-sacré — le *recul* de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire qui se présente comme une marche d'escalier à la main qui remonte de bas en haut la ligne des apophyses.

Quand on se rappelera que, normalement, l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire est située au fond d'une fossette surmontant la crête sacrée, on ne pourra pas ne pas être frappé de sa saillie pathologique, indice indubitable d'un Mal de Pott lombo-sacré.

Il est enfin des cas où l'on n'observe ni redressement ni recul. On est alors gêné par une contracture

(1) Voir pages 19, 25 et 29.

totale de la colonne lombaire et il faut attendre que, par le repos, les parties saines aient repris leur souplesse, pour pouvoir mette en valeur l'immobilité d'une ou deux vertèbres qui sont le siège du Mal de Pott. Ce n'est que très tardivement et seulement chez les malades restés longtemps sans soins, que l'on peut rencontrer une véritable gibbosité, mais celle-ci est très rare et en rien comparable avec ce que produit l'inflexion vertébrale à la colonne dorsale.

La *symptomatologie nerveuse* du Mal de Pott lombaire de l'adulte nous est apparue, au cours de nos 63 observations, très peu pourvue de signes positifs, frappante par sa pauvreté.

Au premier chef, la *paraplégie*, qui est si bien le fait du Mal de Pott dorsal, est exceptionnelle dans la localisation lombaire de cette affection. Nous ne l'avons pas observée parmi nos malades et, seul, celui de l'observation 39 accuse, entre septembre 1918 et janvier 1920, une paraplégie disparue depuis son arrivée à Berck.

En règle générale, quand un sujet, atteint de Mal de Pott lombaire, présente de la paraplégie spasmodique, il faut conclure à l'existence d'un second foyer de Mal de Pott situé au-dessus.

M. Ménard enseigne que la paraplégie est due à la compression de la moelle par le foyer tuberculeux bourré de caséum et d'autres produits. Or, ceux-ci trouvent, au niveau des vertèbres lombaires, une voie naturelle d'écoulement par la loge des psoas dont les insertions s'étagent sur leur hauteur.

D'autre part, le dernier segment médullaire répond,

chez l'adulte, au disque qui sépare la 1re de la 2e vertèbre lombaire et il faudra donc que le Mal de Pott soit hautement lombaire (12e vertèbre dorsale, 1re vertèbre lombaire) pour que le foyer, si tant est que l'écoulement des produits tuberculeux par le psoas est insuffisant, comprime les derniers segments sacrés et occasionne une paraplégie spasmodique.

On sera exposé à rencontrer une paraplégie flasque (atrophie et parésie musculaire, réflexes abolis, etc...) dans les cas où se sont produites des lésions des nerfs de la queue de cheval, mais cette éventualité est rare en raison de la compression faible à ce niveau et de l'éparpillement des nerfs.

Enfin, on pourra observer à la fois des signes de spasmodicité et des signes de flaccidité (exagération des réflexes dans un territoire, abolition dans un autre, par exemple) résultat d'une compression qui porte en même temps et sur un segment du cône et de l'épicône médullaires (5e segment lombaire, 1er à 5e segments sacrés), les racines qui leur sont accolées et sur le faisceau pyramidal à ce niveau.

Mais ce n'est là qu'une très rare éventualité et il nous suffira de citer ici les deux seules observations de nos malades chez lesquels un trouble réflexe a été précisé.

OBSERVATION N° 39

S... Alfred, classe 1899, 20e R. A. T.

Pas d'antécédents.

Etant mobilisé aux usines Schneider au Hâvre, éprouve, le 8 septembre 1918, un lumbago aigu et violent. Entre le 20 septem-

bre à l'hôpital St-Joseph : salicylate, aspirine. Le malade déclare qu'il commençait à avoir, dès ce moment-là, les membres inférieurs contracturés.

A l'occasion d'une inspection, en décembre 1918, le M. de Pott est reconnu — radio positive — wassermann négatif. Corset.

Evacué le 25 décembre 1918, à St-Aubin-sur-Mer ; avait, à ce moment-là, les jambes en flexion sur la cuisse.

En mai 1919, évacué sur l'hôpital de Vaugirard, puis le 25 mai sur l'hôpital 35 de Zuydcoote où l'examen démontre : « M. de Pott lombaire sans abcès apparent, sans gibbosité, parésie légère des membres inférieurs, réflexes peu modifiés ». En janvier 1920, les troubles parétiques ont disparu.

Evacué sur l'hôpital 43, à Berck-Plage, le 29 juin 1920.

A l'examen :

Colonne lombaire raide au niveau des 3e et 4e vertèbres lombaires. Douleurs à la pression des apophyses épineuses lombaires. Douleurs fugaces dans les membres inférieurs. Réflexes abdominaux, crémastériens achilléens, plantaires, normaux.

Réflexe rotulien : diminué à gauche.

Pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie (sept. 1920) : le disque 3e lombaire-4e lombaire a disparu. Diminution de hauteur du disque 4e lombaire-5e lombaire. Production osseuse ayant la forme d'un pont jeté entre le corps de la 4e vertèbre lombaire et celui de la 5e.

La diminution du réflexe rotulien à gauche indique une lésion du 3e segment lombaire, correspondant à l'intervalle situé entre la 11e vertèbre dorsale et la 12e.

OBSERVATION N° 23

G..., classe 1919, 8e R. A. C.

Pleurésie ponctionnée à gauche en mars 1919.

Blessure de guerre, genou gauche.

Violent effort musculaire en juin 1920. Continue à souffrir pendant trois semaines. Infirmerie, où on le traite pour névralgies lombaires : salycilate, pointes de feu.

Entre le 28 juin 1920 à l'hôpital Sedillot (Nancy) où on lui fait de l'électricité.

Peu de temps après, un examen fait aboutir au diagnostic de M. de Pott, une radiographie ayant montré un flou des bords des vertèbres lombaires.

Entre à l'hôpital 43 de Berck-Plage, le 22 septembre 1920.

A l'examen :

Colonne vertébrale raide depuis la 6e vertèbre dorsale jusqu'au sacrum. Voussure allongée de la 12e vertèbre dorsale jusqu'à la 4e vertèbre lombaire.

Fosses iliaques libres.

Réflexes abdominaux crémastériens, rotuliens, achilléen gauche, plantaires normaux.

Réflexe achilléen droit : exagéré et polycinétique.

Radiographie (octobre 1920) : diminution de hauteur du disque, 2e vertèbre lombaire. 3e vertèbre lombaire.

L'altération du réflexe achilléen droit indique une lésion du 5e segment lombaire et du 1er segment sacré, correspondant à la 12e vertèbre dorsale ou à la première vertèbre lombaire.

La *sensibilité* ne s'est montrée altérée que chez un seul de nos malades :

OBSERVATION N° 44

V... Jules, classe 1919, 2e S. I. M. (1).

Examen de la sensibilité : zone d'hypoesthésie au niveau du tiers supérieur de la face externe de la cuisse droite.

Radiographie (avril 1920) disparition du disque 12e vertèbre dorsale-1re vertèbre lombaire. Ulcération de ces deux vertèbres dont l'ensemble forme un coin à base postérieure. Le disque 11e-12e dorsales est diminué de hauteur. Compensation en bas.

Cette lésion de la sensibilité correspond à une lésion

(1) Voir l'observation complète p. 56.

du 3e segment lombaire, qui se trouve au niveau du disque séparant la 11e de la 12e vertèbre dorsales.

Alors que les signes objectifs sont à ce point clairsemés dans l'évolution du M. de Pott lombaire de l'adulte, les signes nerveux subjectifs abondent durant la période du début de cette affection et parmi les 118 cas que nous avons réunis, nous n'avons noté que pour 13 d'entre eux l'absence des douleurs lombaires avec ou sans irradiations. Elles existent, au contraire, dans 88 % des cas et sont dues aux altérations des racines postérieures aux environs du foyer.

A cet égard, il est légitime d'identifier à de la névralgie sciatique les phénomènes douloureux que plusieurs de nos malades ont accusés le long du trajet de ce nerf mais c'est à une sciatique radiculaire qu'il faut rapporter ces troubles subjectifs tout à fait distincts de ceux qu'on rencontre dans l'altération du tronc nerveux lui-même.

Marche, Durée, Terminaison
Complications

Deux remarques peuvent être faites sur la *marche* du Mal de Pott lombaire de l'adulte.

1° Il est moins destructif, moins décalcifiant que celui de l'enfant ; l'ulcération compressive est donc peu active et, en moyenne, les corps vertébraux sont moins détruits.

2° En revanche, l'adulte se défend moins bien contre le bacille ; la cicatrisation fibreuse commence plus tard et la réparation restera très longtemps incomplète.

Ainsi s'explique que la durée de cette affection soit comprise entre quatre et cinq ans. Il est encore une autre condition défavorable à l'adulte : celui-ci, du fait des nécessités sociales, peut difficilement rester immobilisé pendant une période aussi longue. De la sorte, et en raison de la moins bonne réparation de leur foyer, un certain nombre de malades, reprendront leurs occupations, sinon incomplètement guéris, du moins avec la perspective de voir renaître 5, 10, 15 ans plus tard leur abcès ou celle d'être en proie à des douleurs qui épuiseront peu à peu toute leur résistance.

OBSERVATION N° 35

P... Antoine, classe 1898, réformé n° 1.

Pleurésie sèche à droite en 1916.

En octobre 1917, a souffert dans sa colonne lombaire

Pointes de feu et ventouses à l'hôpital militaire d'Orléans où il est hospitalisé en décembre 1917. On fait en janvier le diagnostic : présomption de mal de Pott.

En mars 1918 évacué sur Ilbarritz. Réformé n° 2 au C. S. R. de Bayonne le 16 mai 1918. On lui conseille de reprendre son travail.

En novembre 1919 recommence à souffrir : une déformation s'est manifestée dans la colonne lombaire. Hospitalisé à Dominique Larrey (Versailles), le 11 novembre 1919.

Evacué sur l'hôpital 43 (Berck-Plage), le 10 avril 1920.

A l'examen :

Le malade est sous plâtre.

Douleurs irradiées dans les membres inférieurs.

Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie : Juin 1920 : Disparition des disques entre la 1re vertèbre lombaire et la 4e. Effondrement complet de la 2e vertèbre lombaire.

OBSERVATION N° 31

L... Léon, classe 1912, 5e Rég. d'Infanterie.

Bronchite suspecte en mars 1915.

Fin 1915, douleurs dans la région lombaire avec irradiations le long du sciatique droit.

Entré en octobre 1917, à l'hôpital de Caen où on lui applique un appareil plâtré. Déplâtré en mars 1918. Sort de l'hôpital le 29 juin 1918 et reprend son métier de cantonnier. (Réformé n° 2).

Etant à l'hôpital de Caen en octobre 1919 pour révision de réforme, on est obligé de l'hospitaliser pour un abcès de la fosse iliaque gauche. Une ponction. Fistulisation en novembre 1919.

Evacué sur l'hôpital 43 à Berck-Plage le 13 janvier 1920.

A l'examen :

Gibbosité angulaire formée par les 3 dernières vertèbres dorsales.

Recul de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire.
Abcès fistuleux de la fosse iliaque gauche. Fistule de la région lombaire droite, abcès non ouvert de la fosse iliaque droite.
Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Le *pronostic* est fonction du traitement. M. Ménard dit dans son « Etude pratique » : Malade traité, abcès retardé ; malade non soigné, abcès plus hâtif. Il est aussi fonction de la résistance du sujet, du milieu hygiénique dans lequel il est placé durant son traitement.

Un abcès ouvert de la fosse iliaque est, dans le Mal de Pott lombaire de l'adulte, la *complication* qui assombrit le plus le pronostic, en raison de l'infection secondaire qu'il rend possible. Par contre, l'abcès et les fistules de la région lombaire, du fait de leur moindre activité, sont en général beaucoup mieux supportés.

Particulièrement grave sera le Mal de Pott double : nous en avons noté quatre cas parmi nos observations (nos 21-31-46-48).

Le Mal de Pott lombaire peut encore être compliqué d'une association qui contribue à amoindrir la résistance du sujet. Nous avons noté les associations osseuses suivantes : Calcanéum (obs. 1) ; hanche (obs. 13) ; sternum (obs. 19) ; poignet (obs. 52) ; avant-bras (obs. 21) ; genou (obs. 62).

De temps en temps le Mal de Pott est compliqué d'une tuberculose pulmonaire. La lésion pulmonaire dans ce cas aggrave de beaucoup le pronostic ; les malades ne peuvent pas supporter le bord de la mer et il importe de les envoyer dans un climat plus doux.

Enfin, il nous faut aussi faire entrevoir que le Mal de Pott lombaire de l'adulte peut n'être qu'une rechute d'un Mal de Pott ignoré de l'enfance. L'observation suivante tirée, à notre profit, de sa clientèle, par notre Maître le Dr J. Andrieu, appuie cette opinion :

OBSERVATION N° 65

Mme B..., 23 ans, est vue à Paris en 1906, pour une fistule de la fosse iliaque gauche qui date d'un mois, et qui paraît n'avoir aucune tendance à la guérison spontanée. La recherche de l'origine de cette fistule est infructueuse ; ni l'os iliaque, ni le sacrum, ni les ganglions de la région ne paraissent être intéressés. La colonne lombaire ne paraît pas enraidie.

Cette malade, affaiblie par une grossesse assez pénible, l'accouchement qui l'a suivie, et une vie mondaine intense, est en mauvais état général. On lui conseille le repos allongé, à la campagne. Guérison au bout de 5 à 6 mois.

Vers novembre 1907, la fistule s'ouvre de nouveau. Une radiographie, mauvaise, ne paraît rien montrer d'anormal.

La malade arrive à Berck, en mars 1908 : une excellente radiographie montre la disparition de la 5e vertèbre lombaire avec diminution de hauteur du disque qui la sépare du sacrum.

Traitée par le repos absolu, la malade a vu sa fistule se fermer, vers la fin de 1908.

Actuellement, depuis 12 ans, sa guérison se maintient et son état général est resté excellent.

Ce qu'il y a de spécial dans cette observation, est que, devant la facilité que cette fistule iliaque avait montré à se fermer, on supposa qu'il devait s'agir d'un de ces abcès que les Anglais ont appelé « résiduel » et que l'on observe quelquefois dans les foyers ostéo-articulaires déjà anciens.

La malade, interrogée de très près, déclara que vers

l'âge de 15 ans, elle avait souffert de douleurs lombaires et que la rigidité du rachis dans cette région l'empêchait de faire certains mouvements et en particulier de se livrer à la danse qu'elle affectionnait beaucoup. Un médecin, appelé, fit le diagnostic de scoliose chez une anémique et conseilla le repos. La jeune fille ne fut ni immobilisée dans un appareil, ni condamnée au repos allongé. Sa famille se contenta de lui épargner le plus de fatigue possible, et, en particulier, pendant quelques mois, celle qui consistait à suivre les cours d'une institution.

Les douleurs et la raideur durèrent un nombre de mois indéterminé, et, deux ans après, la malade put reprendre son existence habituelle, mais conserva dans sa colonne lombaire, jusqu'au moment de l'ouverture de sa fistule, un certain degré de rigidité auquel elle avait fini par s'habituer et qu'elle croyait normal.

Une constatation anatomo-pathologique vient encore à l'appui de cette hypothèse : à l'examen, les vieilles colonnes d'autopsie contiennent assez fréquement des nids tuberculeux enkystés et il est admissible que ces petits foyers, convenablement jugulés pendant l'adolescence, peuvent, à l'occasion des fatigues de l'âge adulte, se réveiller et occasionner un vrai mal de Pott.

A l'autopsie de notre malade de l'observation 64 (1) nous avons trouvé, non loin de deux abcès de la colonne vertébrale, un Mal de Pott qui datait certainement de plusieurs années, qui était bien soudé, et paraissait guéri.

(1) Voir page 29.

Diagnostic

Les caractères que revêtent les signes (douleurs, abcès, déformation vertébrale) du Mal de Pott lombaire de l'adulte permettent, en règle générale, d'établir ce diagnostic. Cependant bien des erreurs peuvent être commises dans la pratique et il faudra toujours avoir l'esprit en éveil en présence de :

Douleurs lombaires tenaces, à allure traînante, occasionnant la gêne des mouvements de flexion.

D'un abcès de la fosse iliaque ou de toute fistule avoisinant la racine de la cuisse.

Pour les 118 observations que nous avons recueillies, le diagnostic de Mal de Pott lombaire fut posé :

44 fois durant le 1er semestre.
29 fois durant le 2e semestre.
31 fois durant la 2e année.
14 fois durant les 3e et 4e années de la maladie.

Bien souvent, c'est l'apparition de l'abcès qui déclanche aussitôt le diagnostic ou le provoque à plus ou moins brève échéance par l'aggravation qu'il apporte à la maladie. C'est le cas pour 34 de nos 63 observations dont une des plus typiques est la suivante :

OBSERVATION N° 25

H..., Marcel, classe 1914, 102e infanterie.

Congestion pulmonaire en mars 1917.

En février 1918, douleurs dans les régions lombaires droite et gauche. Ventouses.

Les douleurs ont persisté, peu espacées, jusqu'en juillet 1919, date à laquelle le malade entre à l'hôpital Villemin, pour un abcès apparu dans le pli de l'aine gauche. On diagnostique le Mal de Pott. 4 ponctions, fistulisation en août 1919, Corset.

En octobre 1919, apparition d'un abcès de la fosse iliaque droite qui fistulise spontanément après pansements humides.

Evacué en janvier 1920, sur l'hôpital 35 de Zuydcoote.

Arrive à l'hôpital 43 de Berck-Plage, le 4 juillet 20.

A l'examen :

Colonne lombaire raide.

Abcès fistulisé des deux fosses iliaques et de la région lombaire droite.

Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie (août 1920) : disparition du disque 4e lombaire, 5e lombaire.

Néanmoins, il est des cas où, en présence des douleurs et de l'abcès le diagnostic est resté longtemps indéterminé.

OBSERVATION N° 21

H.... Léon, classe 1918, 166e infanterie.

De mai à septembre 1919 a eu, à plusieurs reprises, des crises douloureuses au niveau de l'émergence du sciatique droit. En même temps point de côté base droite.

Evacué le 23 septembre sur l'hôpital de Mayence, pour pleurésie et rhumatisme articulaire.

Part en convalescence. Une crise douloureuse identique le fait entrer à l'hôpital mixte d'Orléans, en novembre 1919 ; on fait le diagnostic de sciatique et on l'envoie aux eaux de Lamalou-les-Bains, le 27 janvier 1920.

Rentre à Orléans le 13 mars pour un abcès froid de l'avant-bras gauche ; incision. On curette en même temps un abcès de la racine de la cuisse gauche. Apparition, en juin, d'un abcès de la fosse iliaque droite, une ponction, fistulisation.

Arrive à Berck le 1er juillet 1920.

A l'examen :

On observe une première voussure allongée de la 6e vertèbre dorsale à la 11e, une seconde, ébauchée au niveau des 2e et 3e vertèbres lombaires. Souplesse entre les deux foyers.

Abcès fistuleux de la fosse iliaque droite.

Douleurs le long du sciatique droit. Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION N° 55

M... Marcel, classe 1917, 8e génie.

En septembre 1917, s'aperçoit, après avoir souffert pendant un mois, de courbaturue à la fatigue, d'un abcès froid de la région du pli de l'aine droit. Evacué sur l'hôpital de Belfort. 5 ponctions. On radiographie la hanche droite. Envoyé en décembre à Grenoble, où l'abcès fistulise. Fermeture pendant un mois en août 1918, réouverture en septembre. Le malade entre à l'hôpital d'Evreux, il reste 15 jours pendant lesquels des médecins américains le radiographient abondamment et font le diagnostic d'ostéite lombaire. Evacué sur St-Aubin-sur-Mer, fin septembre 1918, et y reste jusqu'au 10 mai 1919. Arrive à Berck le 11 mai 1919.

OBSERVATION N° 62

Due aux bons soins de M. le Dr Andrieu)

Mlle F..., 20 ans.

Pleurésie sèche en mars 1917, à gauche.

En octobre 1918, légère douleur dans le genou gauche ; ces douleurs s'accusent en mars 1919 et un abcès se forme au tiers supérieur de la face interne du tibia gauche. Ponctions. Plâtre.

Arrive le 17 septembre 1919, à Berck, avec :

Mouvements du genou gauche presque normaux, limités cepen-

dant. Abcès à la région indiquée prenant à 3 cent. au-dessous de l'articulation, haut de 10, large de 5 cent.

Atrophie musculaire, ganglion rétro-crural.

En examinant l'aine pour la recherche du ganglion on s'aperçoit de l'existence d'une fistule du pli de l'aine droit. Interrogeant la malade on apprend qu'elle a souffert de vagues douleurs lombaires en octobre 1918 et qu'au niveau du pli de l'aine droit, vers mars 1919, s'est produit une petite grosseur qu'on lui dit être une hernie. Cette tuméfaction augmente, la peau s'amincit et une ponction faite en août 19 est suivie de fistulisation immédiate. On fait alors le diagnostic d'adénite.

Cette fistule siège sur la partie moyenne du pli de l'aine droite et donne très peu de pus. L'examen de la colonne lombaire révèle un recul de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire.

Radiographie (septembre 1919) : Mal de Pott de la 5e vertèbre lombaire, articulation du genou gauche indemne.

L'abcès du genou est ponctionné le 19 septembre. Plâtre avec fenêtre.

La fistule du pli de l'aine droite est fermée en janvier 20.

Excellent état général.

En juin 1920, la fistule continuant à rester fermée et le genou gauche étant en bon état, la malade va passer l'été en Seine-et-Oise et revient à Berck le 15 octobre 1920.

Radiographie (octobre 1920) :

Colonne lombaire : écrasement de la 5e vertèbre lombaire. (Voir pl. IX radio 8).

Genou gauche : l'espace articulaire est rétréci.

OBSERVATION N° 72

S... Bernard, 23 ans, ajusteur.

Père mort d'hémorragie cérébrale à 72 ans.

Mère en bonne santé ainsi que trois frères et deux sœurs.

A l'âge de 18 ans : abcès froid de la région testiculaire droite, fistuleux pendant 8 mois, traité par le soleil.

Reprend son métier. En juin 1914 : douleurs dans la région lombaire, à droite, précédant de quelques semaines l'apparition d'un abcès froid de la même région. 5 ponctions. Fistulisation en août

1914. Bains de soleil jusqu'en novembre 1914. A cette date, un curettage est pratiqué. Fermeture en janvier 1915.

Reprend son métier, est ajourné en mars pour opération récente, est pris service auxiliaire en mars 1916 et envoyé en usine où il travaille (souvent de nuit) jusqu'en mars 1917.

A cette date, l'abcès de la région lombaire droite s'ouvre à nouveau. Le malade entre au Pavillon militaire de l'hôpital de Montbéliard où l'on procède, en mai 1917, à un nouveau curettage : large investigation vers les côtes, les vertèbres, et l'os iliaque. Aucune lésion n'est décelée.

Quelque temps après, apparition à la région lombaire gauche d'une tuméfaction fluctuante qui se vide par la fistule droite. Cet abcès est largement incisé et drainé en juillet 1917. Le malade est évacué, en octobre 1917, sur l'hôpital de Bourgoin (Isère) : pansements, y séjourne jusqu'en avril 1918, date à laquelle le malade est envoyé, en convalescence, à la Combe-des-Epars.

Réformé n° 2 et renvoyé dans ses foyers par le C. S. R. de Lyon, en juillet 1918 (abcès froid costo-vertébral).

Réforme n° 2 renouvelée en juin 1919.

Le malade présente, en août 1919, un abcès de la fosse iliaque gauche. Cet abcès est ouvert, drainé, et se ferme en octobre 1919.

Toujours fistuleux en arrière, le malade traîne et de guerre lasse, arrive à Berck en mai 1920, au Sanatorium de l'Oise.

Est revu à l'occasion du renouvellement de sa réforme :

Raideur de la colonne dorso-lombaire, la lordose normale a disparu.

Fosses iliaques libres. Une fistule tarie sur le pli inguinal gauche. 2 orifices fistuleux au niveau des larges cicatrices opératoires de la région lombaire.

Pas de douleurs.

Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie. (10 novembre 1920) :

Lésions des 10e et 11e vertèbres dorsales, des 1re et 2e vertèbres lombaires avec disparition des disques.

Nombreux ostéophytes réunissant les corps atteints.

Cette observation donne lieu aux remarques suivantes :

1° Le diagnostic de mal de Pott n'a été porté chez ce

malade, qu'à son arrivée à Berck, c'est-à-dire six ans après le début de son affection ;

2° Faute de ce diagnostic, l'immobilisation n'a pas été conseillée et de larges investigations chirurgicales ont été pratiquées.

Diagnostic différentiel.

Au cours de nos observations, nous avons remarqué que non seulement le Mal de Pott a été longtemps méconnu chez beaucoup de nos malades mais aussi que des affections très diverses furent diagnostiquées à sa place. L'erreur est plus importante encore quand ce faux diagnostic a entraîné une intervention inutile et aggravante pour l'évolution du Mal de Pott lui-même.

Les *douleurs* ont été l'occasion des méprises suivantes :

La *lithiase rénale* fut chez deux de nos malades le motif d'une intervention. Il nous a semblé que, malgré les points d'interrogation qu'elles soulèvent, nous devions citer ici ces deux observations auxquelles on ne peut refuser le caractère de suspectes.

OBSERVATION N° 22

H... Alphonse, classe 1909, 103e infanterie.

En janvier 1915, ressent des douleurs en ceinture dans le côté droit de l'abdomen et s'irradiant jusque dans le testicule droit. Traité pour rhumatisme, reste au front jusqu'en septembre 1915.

Le 13 septembre 1915, évacué sur Bordeaux pour abcès de l'amygdale et lumbago. Part le 4 février 1916 en permission, au cours de laquelle il entre à l'hôpital d'Alençon pour « douleurs violentes abdominales ». Traité pour lithiase rénale : décapsulation

du rein droit le 7 juillet 1916. Hématuries abondantes du 11 au 16 juillet, puis du 18 au 22 juillet. Opéré d'urgence le 22 au soir : néphrectomie droite. Cicatrice fermée le 11 août. Vers le 15 août, apparition d'une tuméfaction fluctuante de la région lombaire gauche ; ventouses scarifiées. L'abcès est ouvert le 9 décembre.

Réouverture de la cicatrice de néphrectomie le 4 février 1917. Evacué sur Berck, hôpital Cazin-Perrochaud, le 25 avril 1917 : Mal de Pott, corset.

Evacué sur St-Aubin-sur-Mer le 1er mai 1918, y reste jusqu'au 22 mai 1919.

Séjourne à l'hôpital 35 (Sanatorium de Zuydcoote) du 25 mai 1919 au 5 juillet 1920.

Arrive à Berck (hôpital 43), le 5 juillet 1920.

A l'examen :

Colonne dorso-lombaire : rigide depuis la 7e vertèbre dorsale jusqu'à la 3e vertèbre lombaire. Fistule en activité au niveau de la cicatrice de néphrectomie. 3 fistules dont 2 fermées au niveau de la région lombaire gauche.

Réflexes normaux pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie (août 1920) : courbure à convexité droite de la colonne dorso-lombaire. Tassement des 11e et 12e vertèbres dorsales et des 1re et 2e vertèbres lombaires dont les disques sont détruits et les faces largement ulcérées.

OBSERVATION N° 44

V... Jules, classe 1919, 2e S. I. M.

En janvier 1917, douleurs dans le côté droit et dans la région lombaire. Gêne des mouvements de flexion. Massage. Obligé de s'aliter en avril 1918. Entre à l'hôpital d'Auxerre « en observation ». Opéré le 15 avril pour un calcul du rein gauche. Sorti plaie fermée, le 20 mai.

Incorporé au 7e génie, le malade dit ne plus avoir ressenti de douleurs depuis son opération jusqu'en juin 1919, date à laquelle il entre à l'hôpital 136 de Laon, pour un abcès de la région lombaire gauche au niveau de la cicatrice opératoire. Reprise des douleurs à ce moment. Incision. On le laisse marcher.

Evacué sur l'hôpital militaire de Lille, en mars 1920, où une radiographie fait faire le diagnostic de Mal de Pott.

Arrive à Berck le 17 juin 1920.

A l'examen :

Gibbosité portant sur les 3 dernières vertèbres dorsales et sur les 3 premières vertèbres lombaires. Sommet formé par la 12e vertèbre dorsale (1).

A l'appui de ces deux cas de Mal de Pott lombaire pris et traités pour lithiase rénale, nous connaissons un cas, que nous a rapporté notre Maître M. le Dr Andrieu, où une investigation radiographique pour calcul du rein amena la découverte d'un Mal de Pott.

L'application d'une ceinture pour *rein flottant*, diagnostiqué à l'occasion de douleurs lombaires se rencontre deux fois dans le cours de nos observations (n° 34 et 52).

L'existence de douleurs invétérées et interminables, jointe à la présomption de simulation a conduit quelques-uns de nos malades dans les centres neurologiques. Deux de nos observations sont typiques à ce sujet :

OBSERVATION N° 37

P... Eugène, classe 1912, 46e R. A. C.

En février 1915, gêne des mouvements de flexion du tronc. Douleurs dans la région lombaire gauche et à la cuisse gauche. Non reconnu.

En mai 1915, évacué pour rhumatisme sur Apt : frictions. On l'envoie, en juillet 1915, à l'hôpital du Levant à Marseille, pour faire de la mécanothérapie.

Est examiné dans le service de Neuro-traumatismes du profes-

(1) Voir la suite de l'observation page 43.

seur X... : examen négatif, exercices de redressement. Fin août 1915 une grosseur apparaît dans l'aine gauche. La Commission de convalescence d'Oudeoud l'envoie pour un mois à Puget-Théniers ; les douleurs persistent.

Rentre à Marseille le 10 octobre 1915, passe 6 semaines dans le service du professur X... Sur le vu de l'abcès on diagnostique le Mal de Pott. Incision, fin novembre 1915.

Envoyé à Gien le 15 décembre 1915, y reste jusqu'au 27 octobre 1919, après avoir manifesté un abcès de la fosse iliaque droite (février 1916) et un abcès de la région lombaire gauche en août 1918. En juillet 1919, abcès de la fesse droite à la suite duquel se déclare une phlébite du membre inférieur droit.

Evacué sur Zuydcoote le 27 octobre 1919.

Arrive hôpital 43 (Berck-Plage) le 5 juillet 1920.

A l'examen :

Colonne lombaire enraidie. Légère voussure au niveau des 3e et 4e vertèbres lombaires.

Abcès fistuleux des fosses iliaques. 2 fistules à la région lombaire, une fistule à la face postérieure de la cuisse droite.

Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION N° 4

L... Raymond, classe 1917, 102e R. A. L.

Ajourné en 1915. Appelé en août 1915.

Evacué des armées le 9 juin 1917 pour faiblesse générale et affection nerveuse.

9 août 1917, évacué sur le centre de neurologie de Tours : Névralgies lombaires. Rentre à son dépôt.

7 septembre 1917 évacué de Ploermel sur le centre de neurologie de Nantes : camptorachis fonctionnel. Plâtre.

Juin 1918, évacué sur l'hôpital de Clion (Loire-Inférieure) où le Mal de Pott est reconnu. Abcès des régions lombaires qui fistulisent après ponctions.

25 septembre 1919, arrive à l'hôpital 43 (Berck-Plage).

A l'examen :

Saillie de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire.

3 fistules dont 2 à la région lombaire, 1 à la région lombaire droite.

Cicatrisation des fistules en octobre 1919.

Rentre dans ses foyers le 5 mai 1920.

Des douleurs rachidiennes, violentes, survenant par crises et se répétant pendant de longues périodes, peuvent en imposer pour un Mal de Pott chez des jeunes filles, âgées de 16 à 25 ans et qui, cependant, ne présentent aucun signe clinique ni radiographique de cette affection.

OBSERVATION N° 66

Mlle T..., institutrice (1).

Commence à souffrir dans sa colonne lombaire en 1915. Ces douleurs continuent plus ou moins violentes pendant plusieurs mois jusqu'au jour où elle est vue par un chirurgien qui fait le diagnostic de Mal de Pott siégeant sur la 2e vertèbre lombaire. Un corset est appliqué et la malade garde le repos pendant près de 2 ans. Au bout de ce délai, se trouvant en meilleur état, la malade se remet à marcher et de nouveau se remet à souffrir. Elle se repose alors par périodes et souffre, en dehors de ces périodes, chaque fois qu'elle se fatigue.

En 1919, elle est soignée à Arcachon pour Mal de Pott et elle arrive à Berck au début de l'été 1920.

A l'examen, la colonne vertébrale paraî absolument souple, les douleurs, spontanées, ont un siège variable suivant les moments ; les douleurs provoquées par la pression ont ce même caractère.

La radiographie montre une colonne vertébrale absolument normale. On conseille à la malade un repos relatif.

Au bout de quelque temps elle ne souffre plus dans sa colonne lombaire mais dans un point situé au niveau de la 8e vertèbre dor-

(1) Nous devons cette observation, ainsi que la suivante, à M. le Dr J. Andrieu.

sale à 2 cent. à droite de la ligne médiane. Une radiographie ne montre rien de particulier ni sur les vertèbres dorsales ni sur les côtes qui s'y attachent. Cette douleur s'atténue avec le repos et reparaît avec la fatigue.

Sur la demande de la malade, et malgré la souplesse absolument normale du rachis, on lui fait un plâtre avec fenêtre de compression au niveau du point douloureux. De fortes compressions font cesser les douleurs et permettent à la malade de marcher. Mais les douleurs reparaissent dès que la compression cesse. La malade quitte Berck fin septembre 1920, ne souffrant plus de sa colonne lombaire, mais continuant à souffrir dans la région dorsale.

OBSERVATION n° 67

Mlle F..., 24 ans.

Arrive à Berck en mai 1920 pour un Mal de Pott dorso-lombaire.

Au premier abord, ce qui frappe dans cette jeune fille c'est le teint jaunâtre des téguments et des conjonctives. Elle est atteinte en effet, de cholémie familiale et montre un foie très augmenté de volume. Elle a un frère atteint d'amyotrophie progressive et s'est beaucoup fatiguée à le soigner.

Depuis quelques mois, sa colonne vertébrale toute entière est devenue très douloureuse. Un médecin appelé a fait le diagnostic de Mal de Pott et lui a mis un corset plâtré.

A l'examen de la colonne vertébrale on trouve une souplesse absolument complète, des douleurs dont le siège est extrêmement vague et qui semblent cependant se manifester avec prédominance aux environs des 5e et 6e vertèbres dorsales. La radiographie montre une colonne vertébrale normale.

Devant cette pénurie de signes, on ne porte pas le diagnostic de Mal de Pott et on permet à la malade un exercice modéré.

Elle était en bon état et se plaignait un peu moins de ses douleurs lorsqu'elle fut atteinte d'une assez forte crise d'entérite à la suite de laquelle les douleurs la reprirent de nouveau. Elle-même demanda un appareil plâtré qui fut fait sur sa demande expresse et dans lequel elle déclara que ses douleurs se trouvaient très atténuées.

Cette malade est partie fin septembre 1920 pour rejoindre sa fa-

mille dans la Corrèze, et, par des nouvelles que nous avons eues depuis son départ, nous avons appris que le voyage assez long et pénible avait renouvelé ses douleurs.

Cette malade, de même que la précédente, paraît justiciable d'un corset en coutil solidement baleiné. Elles présentent ces caractères communs d'être l'une et l'autre des jeunes filles, de ne montrer aucun signe objectif, de se plaindre de douleurs suffisamment violentes pour empêcher parfois le sommeil et qui sont calmées par l'immobilisation du rachis. L'une et l'autre ont pu marcher une fois appareillées, presque sans souffrir.

La radiographie ne montre chez l'une comme chez l'autre aucune trace de lésion.

Cet ensemble symptômatique paraît être celui que Brodie a décrit sous le nom de *Névralgie spinale*.

Les *abcès* ont été l'objet des méprises suivantes :

Forcé de nous limiter, nous ne pouvons que citer le nombre de cas où un abcès de la fosse iliaque au début fut pris pour une *hernie inguinale*. Cette erreur fut commise 5 fois parmi nos 63 observations et elle réduisit un de nos malades à porter pendant une année un bandage herniaire (obs. 8) tandis qu'un autre apporté sur la table d'opération pour cure radicale, inonda de pus les mains du chirurgien qui avait incisé l'abcès (obs. 11).

Le diagnostic de *hernie musculaire des adducteurs* fut porté dans le cas suivant :

OBSERVATION n° 1

L... Eugène, classe 1910, 130e Infanterie.

Plaie en séton cuisse droite, en février 1916.

Evacué de Mourmelon-le-Petit sur ambulance 7/4 le 1er janvier 1918 pour « hernie musculaire des adducteurs à droite ». Le chirurgien consultant ajoute sur le billet d'hôpital : hernie à opérer. Ce dernier contient encore la mention suivante : contracté en service commandé le 25 mai 1917 au Mont-Téton « en courant sous le bombardement, comme agent de liaison ». Accroissement des souffrances à Mourmelon, le 1er janvier 1918.

Evacué le 22 février 1918 de Châlons sur l'intérieur avec le diagnostic : Mal de Pott dorso-lombaire, abcès froid iliaque pointant dans le triangle de Scarpa, ponction évacuatrice.

Arrive le 24 février à l'hôpital complémentaire de Saint-Gaudens où l'examen suivant est pratiqué : douleurs lombaires surtout marquées au niveau des apophyses épineuses des 3e-4e vertèbres lombaires, rigidité du segment vertébral sur 12 cent. de hauteur, pas de gibbosité, abcès froid en bissac de la fosse iliaque droite.

Evacué le 23 mars 1918 sur l'hôpital complémentaire n° 73 de Salies-du-Salat où l'on traite l'abcès de la fosse iliaque par de multiples ponctions avec injections modificatrices. Fistulisation face externe cuisse droite fin juin 1918.

Evacué le 2 septembre 1919 sur sa demande, sur un centre proche de sa résidence,

Arrive à cette date à l'hôpital 43 à Berck-Plage. Fièvre hectique, diarrhée profuse. Décès le 13 octobre 1919.

Le cas s'est présenté quatre fois, parmi nos observations, du diagnostic entre un Mal de Pott et une *coxalgie* à l'occasion d'un abcès fistulisé ou non de la fosse iliaque ou de la racine de la cuisse. Il s'agira, dans cette éventualité, d'éliminer la coxalgie par la recherche des mouvements d'adduction, d'abduction et de rotation du fémur, mouvements qui sont toujours conservés quand la hanche est seulement gênée par la présen-

ce d'uu abcès descendu dans le psoas correspondant, tandis que l'extension est rendue impossible par la contraction de ce muscle.

Par ailleurs, l'étude de la souplesse lombaire et la délimitation de l'origine haut située de l'abcès du psoas conduiront le diagnostic hésitant vers le Mal de Pott lombaire.

La radiographie, avec ou sans l'aide d'injection bismuthée, lèvera tous les doutes et pourra fixer ceux-ci quant à l'origine même de l'abcès.

Enfin, il est arrivé aussi qu'un abcès froid, étiqueté de provenance lombaire, a dû être rapporté à une autre origine.

OBSERVATION N° 68

S... Henri, réformé, 31 ans.

Amputation jambe gauche, suite de blessure de guerre.

Fin 1916 pleurésie sèche à gauche.

En juillet 1919 douleurs de la région lombaire gauche.

En avril 1920, fatigue générale qui l'oblige à abandonner son métier. Vers le 15 juin s'est aperçu d'une petite tuméfaction du volume d'un œuf à la racine de la cuisse gauche.

Entre à l'hôpital militaire de Boulogne-sur-Mer le 10 juilet 1920.

Evacué sur l'hôpital 43 Berck-Plage, le 24 juillet.

A l'examen :

Colonne lombaire légèrement enraidie dans sa totalité mais particulièrement au niveau des 4e et 5e vertèbres lombaires.

Grosse tuméfaction occupant toute la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'à l'ombilic et aux fausses côtes, allant jusqu'à la ligne médiane et ayant à la racine de la cuisse un prolongement du volume d'un gros œuf.

Evacuation le 28 juillet de 1 litre ½ de pus jaune verdâtre à grumeaux (examen du pus par M. le Dr Mozer, après homogénéisation : très nombreux bacilles de Koch).

Plusieurs ponctions en août, septembre et octobre.

Radiographie, 7 octobre (Voir pl. X radio 9) : aucune lésion des vertèbres lombaires. Il semblerait qu'il en existe une au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Radiographie à refaire, centrée sur le sacrum.

L'intérêt de cette observation est qu'on a pris pour M. de Pott ce qui n'était qu'une contracture de voisinage, due à une *lésion de l'articulation sacro-iliaque* gauche que, seule, la radiographie pouvait révéler avec évidence.

OBSERVATION N° 69

(Due à l'obligeance de M. Andrieu)

Mlle X..., 21 ans, m'est adressée avec le diagnostic de Mal de Pott lombaire suppuré et ouvert.

A l'examen elle présente à la base du triangle de Scarpa gauche, à sa partie la plus interne, une fistule laissant écouler une certaine quantité de pus jaune et grumeleux.

Au premier abord, cette fistule, siégeant presque dans les origines des adducteurs, ne me parut pas venir d'un Mal de Pott. L'examen de la colonne lombaire ne montrait aucun signe de cette affection, tandis qu'une légère tuméfaction de la symphyse du pubis gauche et de sa branche descendante me fit porter le diagnostic de tuberculose de cet os. Une radiographie montra qu'en effet, ce diagnostic était exact.

La malade fut opérée ; deux séquestres furent extraits et la malade guérit dans un temps relativement rapide.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait que cette *ostéite pubienne*, opérée, guérit rapidement tandis que le diagnostic erroné de Mal de Pott aurait nécessité pendant un temps très long l'immobilisation que cette jeune fille pratiquait déjà depuis deux mois.

Parmi les nombreux militaires hospitalisés à Berck, il nous a été réservé de pouvoir examiner au passage deux cas d'affection du rachis, entraînant de la raideur et une déformation vertébrale, et dont le diagnostic est à faire avec celui du Mal de Pott.

OBSERVATION N° 70

(Spondylose rhizomélique)

L..., prisonnier civil rapatrié.

Ajourné deux fois en 1914.

Prisonnier civil, est atteint en captivité, de typhus, en 1916. A partir de cette date souffre dans la région lombaire. Enraidissement du cou en 1917.

Evacué en Suisse puis en France où il rentre, en juillet 1918, marchant encore.

La marche devient impossible en janvier 1919, le tronc se fléchit en avant, les hanches sont douloureuses.

En octobre 1919, le rachis est raide de la nuque au sacrum, les mouvements de la tête sont impossibles, les hanches sont en demi flexion, les genoux en flexion.

Arrive dans cet état à l'hôpital 43 Berck-Plage.

Radiographies (août 1920).

Hanche droite : flou des contours de la tête du fémur et du cotyle. Interligne articulaire diminué, voilé. Décalcification.

Hanche gauche : contours plus nets mais interligne voilé. Décalcification moindre. Tissu compact plus abondant.

Colonne lombaire : Pas de lésions apparentes.

Colonne dorsale : Diminution de hauteur de tous les disques en général.

Colonne cervicale : redressée.

Genou : espace articulaire diminué de chaque côté. Décalcification.

OBSERVATION N° 71

(Camptocormie)

L... Victor, 8e R. A. C.

Dans le courant de 1915 ressent de très légères douleurs au niveau des vertèbres. Ces douleurs progressent très lentement, en même temps que s'installent de la raideur et une voussure vertébrales.

Evacué en janvier 1917 de Faux (Meurthe-et-Moselle) pour arthrite vertébrale.

Passe devant les Commissions de Réforme de Rouen (juin 18) et d'Amiens (juillet 1919).

Evacué sur l'hôpital 43 à Berck-Plage en décembre 1919.

A l'examen : voussure rachidienne dorso-lombaire permettant la station droite mais s'accentuant pendant la marche. Pli abdominal consécutif.

Aucun traumatisme d'aucune sorte dans les antécédents.

Redressement par appareils plâtrés consécutifs et compression ouatée sur le maximum de la gibbosité.

Evacué, très amélioré, le 7 mai 1920 sur le centre d'appareillage de Lille.

Diagnostic radiographique

La radiographie est souvent d'une grande utilité pour trancher le diagnostic d'une affection, très peu extériorisée cliniquement, du rachis lombaire et des segments sacro-iliaques qui l'avoisinent. Il arive que, pour affirmer un Mal de Pott, les signes positifs, raideur, abcès, fassent défaut et dans ce cas, une radiographie convenablement prise apporte un jugement décisif.

Vue de face.

La colonne lombaire forme une courbe à concavité postérieure de telle façon que les plans des disques divergent comme les plis d'un éventail.

Un observateur se trouvant à l'endroit où est couramment placée l'anticathode verra l'un de ces disques par sa tranche et, quant aux disques voisins, il les verra d'autant plus par leurs faces qu'ils seront plus éloignés du disque vu normalement.

Une image radiographique obtenue en application de ce principe, le malade couché sur le dos, donnera donc une vertèbre normale et ses voisines altérées, notamment la 5e vertèbre lombaire dont les traits se confondront avec ceux de la face supérieure du sacrum.

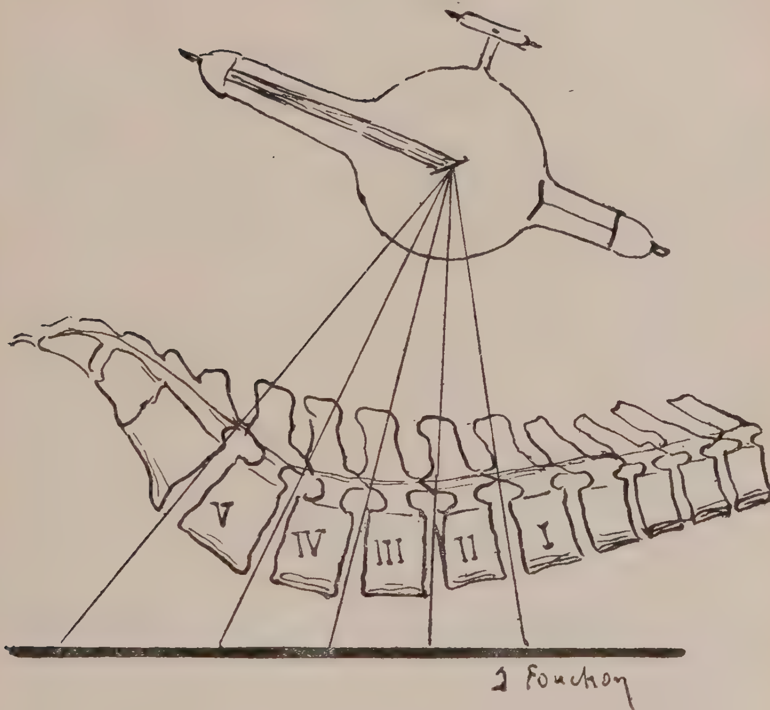
Il a été proposé, pour obtenir une meilleure épreuve de la 5e vertèbre lombaire, de surélever le bassin et de placer l'ampoule entre les deux cuisses fléchies à 90 degrés afin de rendre le rayon normal à la face antérieure du corps de cette vertèbre. Ce procédé donne une image exacte de la 5e vertèbre lombaire et des disques qui lui sont voisins. Mais, dans les cas où la localisation clinique reste vague, il oblige à la prise d'une seconde épreuve destinée à déceler les vertèbres lombaires supérieures. Celles-ci, on le comprendra bien, seront déformées par le faisceau normal à la 5e vertèbre lombaire et devront être prises sous un rayon vertical passant vers l'ombilic.

Au contraire, un observateur se trouvant en arrière, au centre de la courbure lombaire, verra tous les disques par leur tranche et cette remarque nous a conduit à formuler le principe suivant :

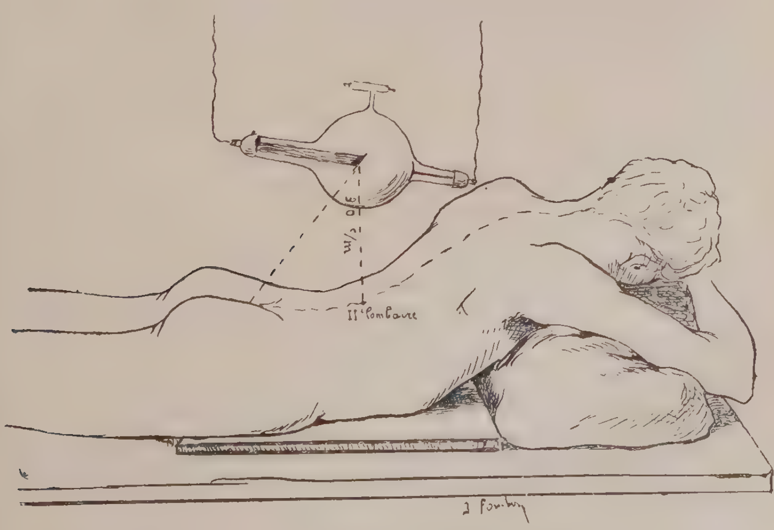
Le rachis lombaire a une courbure concave en arrière et les disques intervertébraux et interlombo-sacré qu'il comprend peuvent être comparés aux rayons d'une circonférence qui passerait par la ligne des corps et dont le centre, figuré par l'ampoule, est placé, en moyenne, à 25, 30 cent. sur la verticale élevée de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre lombaire. C'est donc là le point commun à tous les rayons passant par les disques et sa détermination rendue toute pratique n'exclut pas la possibilité de tenir compte des variations individuelles que présente la concavité lombaire.

Dans l'application, nous procédons de la sorte : notre malade étant dans la position ventrale, nous disposons

PANCHE IV



I. — Schéma destiné à exposer le principe de notre méthode



II. — Position à donner au malade

sous son tronc des oreillers dont le but est : 1° de donner à la colonne lombaire sa lordose normale, établissant un arc de cercle de plus petit rayon et 2° de faciliter, par ailleurs, le rapprochement du promontoire et de la plaque.

Cette position étant obtenue, nous repérons l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre lombaire et plaçons l'ampoule de façon à rendre son rayon normal vertical par rapport à cette apophyse (1). Dans le but de concentrer l'intensité du faisceau sur la 5e vertèbre lombaire et de mieux préciser les détails de celle-ci, nous inclinons très légèrement notre ampoule dans sa direction, ce qui se fait au jugé et nous a demandé en général un déplacement variant de 10 à 15 degrés. De cette manière chacun des disques 4e lombaire-5e lombaire et 5e lombaire-1re sacrée est traversé dans toute son épaisseur par un rayon.

Les dessins ci-dessus, permettront, mieux que n'importe quelle autre explication, de se faire une idée exacte tant du principe que de la technique de notre méthode.

Nous en publions plus loin les résultats.

Vue de profil.

En raison de la présence de l'aile iliaque, la vue de profil ne permet pas d'apprécier l'état de la 5e vertèbre lombaire et, bien souvent aussi, du disque qui la sépare

(1) Nous rappelons que le rayon normal est celui qui est perpendiculaire au plan de l'anticathode et occupe le centre du faisceau des rayons qui en émergent.

de la 4°. Cette réserve étant faite, elle est un excellent moyen d'investigation de la colonne lombaire qu'il ne faut jamais négliger.

Renseignements fournis par la lecture des radiographies.

Avant que d'entrer dans les détails de la lecture radiographique de nos pièces d'autopsie, nous voulons indiquer comment d'une manière générale se présentent des lésions du Mal de Pott lombaire chez le vivant.

On observe tous les degrés de celles-ci depuis le pincement d'un disque jusqu'à la destruction totale d'un ou plusieurs corps. Chez l'adulte, la lésion habituelle porte sur deux corps et le disque qui les relie.

Ou bien les contours sont flous, par décalcification et érosion du tissu osseux, ou bien ils sont nettement altérés, selon le point où l'ostéite tuberculeuse a amené un effondrement :

1° Destruction d'un hémicorps : la vertèbre prend un aspect cunéiforme et devient le sommet d'une déviation latérale.

2° Généralisation de la lésion à tout le corps de la vertèbre qui se présente effondrée, notablement diminuée dans sa hauteur.

3° Séquestration massive ou partielle du corps de la vertèbre : le séquestre peut apparaître sur l'épreuve comme une tache sombre entourée d'un espace clair.

4° La radiographie peut également montrer des hyperostoses. Elles sont fréquentes chez les malades dont

le Mal de Pott est infecté secondairement (obs. 46 et 63), mais on peut en trouver aussi chez des malades non fistuleux, où la culture tuberculeuse semble avoir évolué sans association (obs. 39 et 52) (1).

L'ensemble de ces détails peut être masqué par l'abondance des produits tuberculeux qui se manifestent sur l'épreuve par de petits amas opaques, d'origine calcaire.

A la période de guérison et notamment sur les vues de profil, on pourra se rendre compte de la lordose compensatrice. Celle-ci se traduit par le bâillement des disques sains qui prennent la forme d'un coin à base antérieure. Ce processus de réparation, d'isolement du foyer apparaît d'abord au niveau du disque inférieur et c'est un signe de réparation plus avancée que de le voir apparaître au-dessus du foyer de destruction.

Radiographies de pièces sèches.

Ne possédant pas de radiographies faites du vivant de notre malade de l'observation 46, nous avons cru utile de radiographier la pièce nécropsique et de vérifier sur elle l'application du procédé qui nous a permis d'obtenir des images nettes de la 5e vertèbre lombaire. La comparaison des deux épreuves obtenues de face, l'une dans la position ventrale, l'autre dans le décubitus dorsal, rend le résultat tangible et nous terminerons la série de ces démonstrations radiographiques par la lecture des vues de profil faites de nos deux pièces nécropsiques (obs. 46 et 63).

(1) Voir pages 41 et 33.

Radio 1. — Vue de la face de la pièce nécropsique (ob. 46) prise dans le décubitus ventral selon notre procédé

Radio 2. — Vue de face de la pièce nécropsique (obs. 46) prise dans le décubitus dorsal.
La lecture de la cinquième vertèbre lombaire est difficile.

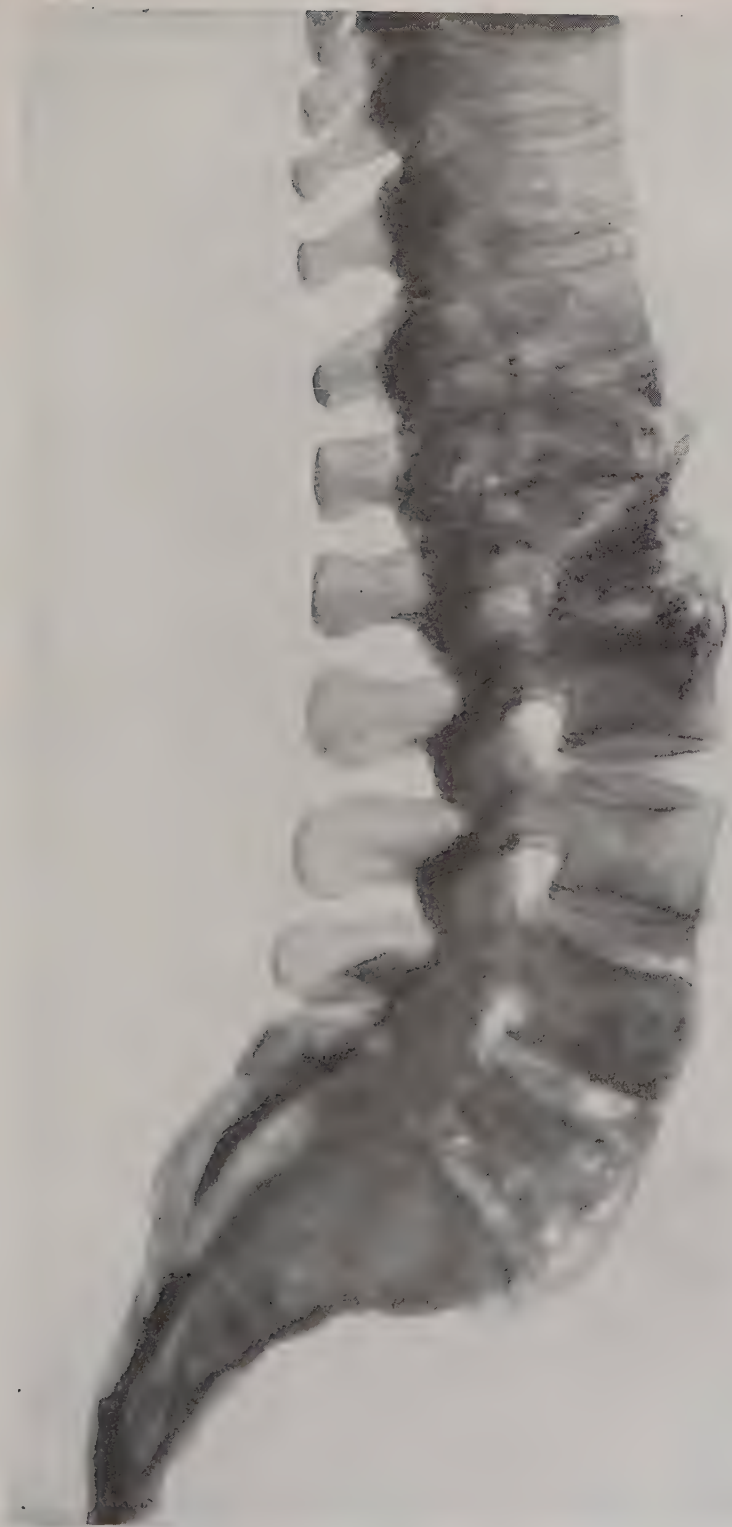


PLANCHE VII

Observation 46. — Radiographie de la colonne dorso-lombaire placée dans le décubitus ventral (Voir pl. V).

Aspect diffus, désorganisé des 12e dorsale, 1re, 4e, 5e vertèbres lombaires.

La 12e vertèbre dorsale est diminuée de hauteur, ses contours sont flous vers le disque inférieur et l'on décèle plusieurs cavités claires dans son épaisseur.

Le disque 12e vertèbre dorsale, 1re vertèbre lombaire est rétréci et rendu légèrement oblique de gauche à droite par un aplatissement perceptible de l'hémicorps gauche de la 12e vertèbre dorsale.

La 1re vertèbre lombaire a des contours assez nets vers le disque supérieur, diffus pour les 3 autres côtés. Son corps est creusé de cavités larges occupant la moitié de son épaisseur. Vers la périphérie on observe des cavités adjacentes augmentant l'ensemble du volume du corps de la vertèbre. Ces cavités sont limitées en dehors par le manchon d'hyperostose surajoutée dont on découvre les mailles élargies au devant du centre de destruction. Deux de ces cavités se dessinent nettement vers les coins inférieurs du corps de la 1re vertèbre lombaire, empiétant sur l'espace du disque qui sépare la 1re vertèbre de la 2e vertèbre lombaire.

Celui-ci est légèrement rétréci dans sa hauteur et se présente comme voilé par le manchon d'hyperostose qui passe au-devant de lui pour s'insérer sur la partie supérieure du corps de la 2e vertèbre lombaire.

Aucun détail à noter pour les corps des 2e et 3e vertèbres lombaires et les disques 2e lombaire-3e lombaire, 3e lombaire-4e lombaire dont la hauteur est normale.

On retrouve sur les confins du disque 3e lombaire-4e lombaire et vers les coins supérieurs de la 4e vertèbre lombaire deux cavités dont la limite hyperostosique se lit très nettement sous forme d'un pont osseux large, réunissant les coins inférieurs de la 3e vertèbre lombaire à la partie supé-

rieure de la périphérie de la 4e. Le corps de celle-ci a des contours nets et contient 3 espaces clairs situés à la limite externe, vers l'hyperostose.

Le disque 4e lombaire-5e lombaire est rétréci dans sa hauteur et présente une direction légèrement oblique de droite à gauche.

Les contours de la 5e vertèbre lombaire sont flous, le corps, très raréfié, semble avoir basculé et s'être fixé dans son déplacement par des liaisons hyperostosiques très épaisses avec le corps de la 4e vertèbre lombaire.

Le sacrum est décalcifié dans son ensemble et creusé de lacunes claires. Le disque qui le sépare de la 5e vertèbre lombaire semble avoir disparu et on décèle au devant de l'espace qu'il devait occuper, des hyperostoses qui paraissent unir le sacrum à la vertèbre sus-jacente.

Observation 46. — Radiographie de la pièce vue de profil. (Voir pl. VI).

Elle permet de se faire une idée exacte de l'étendue du manchon hyperostosique, de ses insertions au-dessus et au-dessous des foyers de destruction, de son extension jusqu'au-delà des lames qu'il déborde en arrière.

La fonte osseuse est surtout marquée au niveau des corps des 1re et 5e vertèbres lombaires.

La 1re vertèbre lombaire donne l'impression d'un noyau osseux central aux bords déchiquetés par les lacunes claires dont il est presque entièrement creusé.

La 5e vertèbre lombaire a conservé, au contraire, la forme d'un corps vertébral mais diminué dans toutes ses dimensions et dont l'architecture est parsemée d'espaces clairs délimitant des espaces noirs qui paraissent être des séquestres.

La vue de profil permet de se rendre compte plus exacte-

ment des dégâts dont le sacrum est atteint : décalcification, quelques cavités dans le corps de la 2e vertèbre sacrée que l'on retrouvera sur le dessin de la coupe paramédiane de cette pièce (voir pl. II, p. 23).

Enfin, confirmant la vue de face, on note sur la vue de profil que les disques 12e dorsale-1re lombaire, 1re lombaire-2e lombaire, 4e lombaire-5e lombaire, et 5e lombaire-1re sacrée sont aplatis.

Observation 63. — Radiographie de la pièce sèche vue de profil. (Voir pl. VII).

Les disques 9e dorsale-10e dorsale et 11e dorsale-12e dorsale ont disparu, noyés dans les deux blocs osseux soudés, formés par ces deux groupes de vertèbres.

Le disque 10e dorsale-11e dorsale a persisté, bâillant en avant. Le même détail se retrouve sur le disque des 12e dorsale-1re lombaire, traduisant la compensation inférieure qui s'est établie à son niveau.

Le corps de la 9e vertèbre dorsale est aplati en avant sur le corps de la 10e qui a presque conservé l'intégralité de ses dimensions. Ce dernier contient un espace clair dans sa portion antérieure.

Les lésions sont plus marquées sur les corps des 11e et 12e vertèbres dorsales, parsemés de taches claires qui semblent délimiter entre elles un séquestre que, dans la réalité, sur la pièce sèche, on peut mettre en évidence.

Le corps de la 12e vertèbre dorsale est réduit à un coin triangulaire tassé sous le corps de la 11e.

On observe encore entre le coin inférieur de la 12e vertèbre dorsale et la face antérieure de la 1re lombaire un pont osseux surajouté dû à l'hyperostose par ostéomyélite secondaire.

Le corps de la 1re vertèbre lombaire est dense dans sa moi-

tié supérieure au niveau de l'hyperostose qui s'insère en cette région.

L'ensemble de la pièce permet de déterminer l'existence d'une gibbosité arrondie dont les segments forment entre eux un angle de 110 à 120 degrés.

Traitement

Avant tout, le traitement est fonction d'un diagnostic exact. Lorsque celui-ci est fait, il y aura lieu de s'en tenir aux méthodes classiques.

Faute de ce diagnostic, les traitements les plus erronés ont pu être institués. Tels :

Le malade de notre observation 21 (1) chez lequel les irradiations douloureuses à la face postérieure de la cuisse furent traitées comme une sciatique banale et motivèrent l'envoi aux eaux de Lamalou-les-Bains.

Le malade de notre observation 26 dont les névralgies lombaires furent étiquetées rhumatisme et qui fut envoyé à Dax où un médecin de secteur de passage le trouva atteint de Mal de Pott.

OBSERVATION N° 5

B... André, classe 1914, T. M. auto.

Le 14 juillet 1917, après une course, s'étant assis, n'a pu se relever à cause d'une violente douleur à point de départ lombaire, s'irradiant dans les aines et en arrière des cuisses. Ventouses.

A continué à souffrir dans la région lombaire par crises intermittentes et particulièrement en avant et en arrière de la cuisse droite. Traité pour sciatique.

Vers novembre 1917, apparition d'une tuméfaction fluctuante de la région lombaire droite. Entre le 6 décembre 1917 à l'hôpital

(1) Voir page 51.

d'Orléans, pour cet abcès. 3 ponctions. Fistulisation à Salies-de-Béarn, à l'occasion des bains, où on l'envoya au début de janvier 1918. On fait alors le diagnostic de Mal de Pott.

Séjourne à Cap-Breton du 29 janvier 1918 au 15 novembre. L'abcès se ferme en août 1918. Il s'ouvre à nouveau à l'hôpital 49 d'Orléans.

Evacué en avril 1919 sur l'hôpital 35, à Zuydcoote, où un abcès de la région lombaire gauche apparaît en avril 1920. 4 ponctions. Fistulisation en mai 20.

Evacué en juillet 1920 sur l'hôpital 43, à Berck.

A l'examen :

Colonne lombaire : voussure légère à la partie inférieure. L'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire a reculé.

5 fistules de la région lombaire gauche dont 2 en actitvité. Une fistule au niveau de la fosse iliaque externe droite.

Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Radiographie (septembre 1920) : disparition du disque 4e lombaire, 5e lombaire.

Les abcès ont été l'occasion d'une thérapeutique plus violente, plus dangereuse encore. La précaution est devenue élémentaire de préserver ces prolongements du foyer tuberculeux, et voici que, faute d'avoir porté ses regards vers le rachis, le mot de hernie, d'adénite, est prononcé, invitant à une incision qui placera aussitôt le malade dans les pires conditions de l'infection secondaire. Nous trouvons parmi notre tableau 6 cas évidents où un tel traitement fut pratiqué. (N° 27, 33, 37, 40, 42, 56).

Sans abcès ni fistules encore en évolution, un Mal de Pott lombaire peut être rendu à une vie relativement active vers la fin de la troisième année, à la condition qu'un corset orthopédique lui soit imposé jusqu'à la fin de sa maladie (5e année).

La persistance d'une suppuration signifie par contre que la réparation n'est pas complète et il est de pratique courante pour le Mal de Pott comme pour toute ostéo-arthrite tuberculeuse, de ne permettre l'usage de l'articulation malade que lorsque la fistule est tarie au moins depuis 6 à 8 mois.

Nous n'apporterons pas ici de conclusions fermes quant à la pose de greffons selon la méthode d'Albee au niveau de la région déficiente du rachis. Pour diverses raisons, cette intervention de la période de cicatrisation n'a pu être pratiquée dans les hôpitaux militaires de Berck, et jusqu'ici les malades s'y sont refusés.

Mais cette méthode cependant, chez l'adulte, paraît mériter d'être essayée car il semble qu'elle soit un moyen d'immobilisation de plus, qui, ajouté aux appareils orthopédiques, permet de rendre à une vie plus active, des malades toujours pressés d'y retourner.

Conclusions

Contrairement à une opinion à tort répandue, le Mal de Pott est fréquent chez l'adulte, particulièrement à la région lombaire. Son maximum de fréquence s'observe entre 20 et 30 ans.

Dans les antécédents, on trouve souvent la notion d'une pleurésie avec épanchement.

Moins que chez l'enfant, le Mal de Pott lombaire donne des gibbosités. Cela, parce que la décalcification est moins intense et, par conséquent, l'ulcération compressive moins destructive.

Plus souvent que chez l'enfant, on observe le début par des douleurs radiculaires (sciatique ou lumbago) qui peuvent se montrer bien avant tout autre signe, mais on peut observer aussi, comme premier symptôme accusé par le malade, l'abcès.

Plus souvent que chez l'enfant les abcès siègent à la

région lombaire. Même quand les abcès fusent dans le psoas, il n'est pas rare d'observer une communication large entre les abcès de la fosse iliaque et ceux de la région lombaire.

Moins encore que chez l'enfant, la paraplégie s'observe chez l'adulte. La raison en est que la moelle descend moins bas dans le canal rachidien.

La durée est extrêmement longue et n'est jamais inférieure à quatre ou cinq ans.

Les tuberculoses mixtes, à la fois osseuses et pulmonaires, paraissent plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant.

Quelques Maux de Pott de l'adulte sont certainement des récidives de Maux de Pott ignorés ou non de l'enfance ou de l'adolescence.

Dans les cas où les conseils de révision pourront avoir la notion d'un Mal de Pott ancien, même guéri, ils devront éviter de mettre en service des hommes que l'expérience a prouvé ne pouvoir être utiles même dans l'armée auxiliaire.

Chez l'adulte il est un certain nombre de lésions inconnues chez l'enfant, qui peuvent simuler le Mal de Pott (Maladie de Kummel, spondylose rhizomélique, névralgie spinale de Brodie, et à la rigueur, la camptocormie).

Il faut toujours, pour l'étude radiographique, deux épreuves, une de face et une de profil. Mais l'épreuve de face par la technique habituelle (prise le malade couché à plat sur le dos) ne permet pas de bien voir en même temps que le reste de la colonne lombaire les deux disques de la cinquième.

D'après notre expérience, le résultat est net si on place le malade en position ventrale, le thorax relevé et si l'on centre l'ampoule à 25 ou 30 cent. au-dessus de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre lombaire.

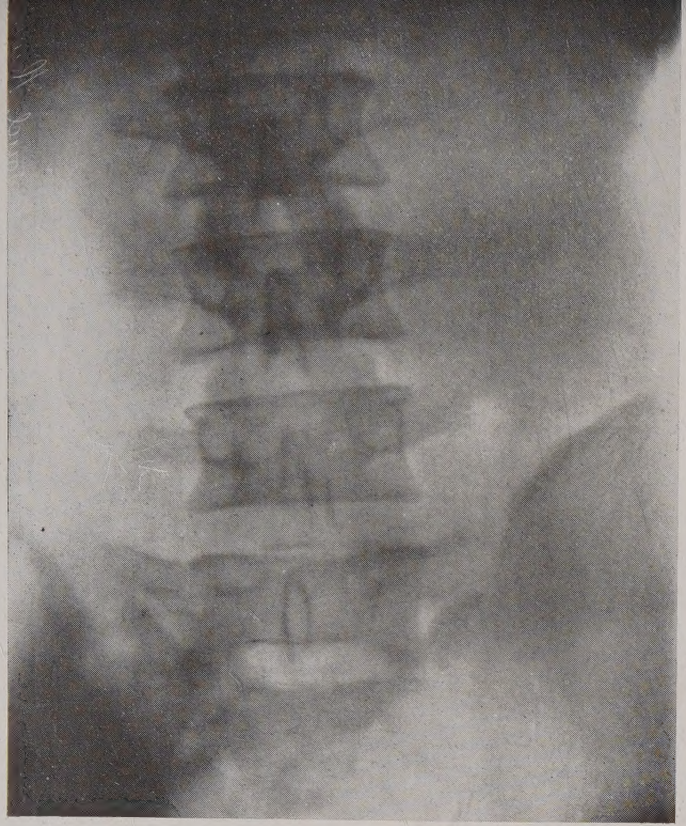
L'adulte peut être plus tôt que l'enfant mis debout. Vers la 3e année, en effet, qui est l'extrême début de la convalescence, les vertèbres qui, chez lui, n'ont jamais été très décalcifiées, n'ont guère plus de tendance à s'effondrer.

On pourra donc permettre au malade de marcher avec précaution à condition d'immobiliser son rachis par des corsets. Nous n'avons pas l'expérience de l'immobilisation des apophyses épineuses par la greffe d'Albee.

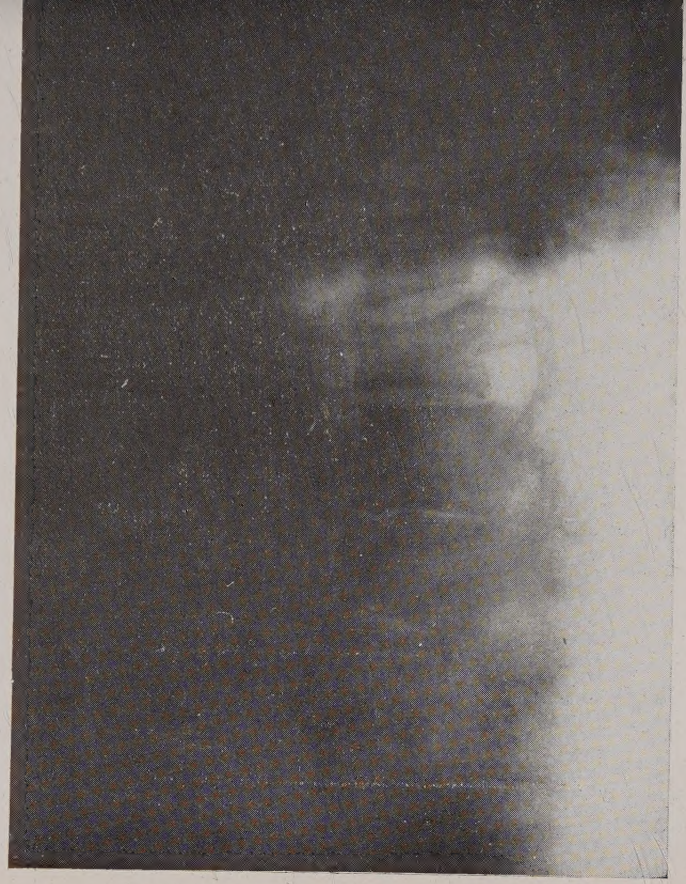
Radio 5. — A... (Hôp. 43). Colonne lombaire
prise de face, dans le décubitus ventral
Mal de Pott des 1re et 2e vert. lombaires

Radio 6. — D... Roger (obs. 14). Colonne lombaire
Prise de face dans le décubitus ventral

Radio 8. - Mlle F... (obs. 62). Colonne lombaire prise de face,



Radio 9. — S... Henri, obs. 68 (p. 63).
Colonne lombaire de face. Décubitus ventral. Vertèbres et disque intacts. Atteinte probable de l'articulation sacro-iliaque gauche



Radio 10. — W... Jules. Colonne lombaire vue de profil

Amédée Legrand, Editeur, Paris